

CERERE DE DESPĂGUBIRE ÎN CAZ DE ACCIDENT SAU ÎMBOLNĂVIRE

- ☐ DECES
☐ INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ / PARȚIALĂ
☐ AFECȚIUNI GRAVE
☐ SPITALIZARE ȘI/SAU BENEFICII CHIRURGICALE /FRACTURI ARSURI
☐ CONVALESCENȚĂ POST-SPITALIZARE/ CONCEDIU MEDICAL
☐ CHELTUIELI MEDICALE

I. DATE DE IDENTIFICARE A ASIGURATULUI:

Numele și prenumele *Titularului*: _____

Codul Numeric Personal al *Titularului*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numele și prenumele *Asiguratului*: _____

Codul Numeric Personal al *Asiguratului*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cetățenia: _____, Țara nașterii: _____, Ocupația: _____

Adresa de domiciliu/rezidență și număr de telefon de contact (inclusiv prefix țară): _____

II. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRACTULUI DE ASIGURARE:

Numărul poliței: _____

III. CINE A FĂCUT NOTIFICAREA:

AGENT/ BROKER (NUME): _____

IV. METODA PREFERATĂ PENTRU COMUNICAREA PE PARCURSUL DESPĂGUBIRII:

Ne dorim ca pe tot parcursul procesului de depăgubire să putem comunica cât mai rapid și eficient. De aceea, vă rugăm să bifați varianta care vi se potrivește și să completați cu datele de contact necesare:

☐ e-mail: _____

☐ Telefon : _____

☐ Poștă (adresa poștală de trimitere a corespondenței): _____

IV. DATE PRIVIND EVENIMENTUL SUFERIT: Data: __/__/____ Locul: _____

Cauza:

☐ Îmbolnăvire

☐ Accident

1. În cazul în care ați suferit un accident vă rugăm menționați: circumstanțele producerii, numele martorilor și care au fost urmările acestuia (ce tip de rănire, detalii)?

4. Precizați numele, adresa și numărul de telefon al medicului care v-a tratat:

6. Precizați denumirea și adresa instituției medicale în care ați fost spitalizat: _____

*) Titularul contului trebuie să fie același cu persoana îndreptățită să primească suma menționată.

Subsemnatul _____, în calitate de Beneficiar/Asigurat, declar pe propria răspundere că sunt de acord cu virarea sumei sus menționate, în contul de mai sus și că datele completate în acest formular sunt corecte. În cazul în care informațiile furnizate sunt eronate sau incomplete înțeleg și accept faptul că Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe Limited Dublin Sucursala București nu este responsabilă de incorectitudinea datelor și de virarea sumei în contul eronat. Totodată accept ca orice demers de recuperare a sumei să fie efectuat de către mine, fără nicio responsabilitate din partea Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe Limited Dublin Sucursala București.

Data: __/__/____

Semnătura (și ștampila) Asiguratului/Beneficiarului:

Declarație (pentru prelucrarea datelor cu caracter personal oferite în acest formular și pentru obținerea de informații medicale de către Societate):

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(a) _____ în _____ identificat cu _____ seria _____ nr. _____ eliberată de _____ la data de _____ CNP _____, prin prezenta îmi exprim acordul pentru următoarele:

Autorizarea prelucrării datelor cu caracter personal

Sunt de acord ca Societatea să păstreze o copie după cartea mea de identitate și să efectueze orice prelucrare a datelor cuprinse în prezenta cerere de asigurare, inclusiv a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate, codul numeric personal sau a altor date cu caracter personal având o funcție de identificare de aplicabilitate generală. Declar că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea datelor cu caracter personal furnizate de către mine se va face pe toată durata contractului de asigurare și până la cinci ani după încetarea acestuia. Declar că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea acestor date se va efectua în următoarele scopuri: evaluarea riscului asigurabil, întocmirea bazei de date în vederea administrării contractelor de asigurare, realizarea diferitelor oferte de asigurări, verificarea modificărilor contractuale cerute, verificarea indemnizației de asigurare în cazul producerii evenimentului asigurat, studii de cercetare, analiza protofoliului de clienți, acțiuni de directmailing, reclamă, publicitate și marketing al produselor Societății și ale partenerilor acestora, precum și ale societăților din același grup cu Societatea, activități de reasigurare, calcularea beneficiilor investiționale, precum și în alte scopuri în vederea administrării contractului de asigurare. Categoriile de destinatari cărora urmează să li se dezvăluie datele cu caracter personal sunt: angajații Societății, agenții de asigurare ai Societății, prestatorii de servicii de studii de piață cu care Societatea a încheiat contracte de colaborare, partenerii contractuali ai Societății (reasiguratorii, bănci, brokeri, alte instituții financiare etc.), alte companii din același grup din care face parte Societatea, alte persoane fizice și juridice care prelucrează datele personale în numele operatorului, avocați, contabili, auditori, societăți de prestări servicii, autoritate judecătorească, autorități publice la cererea acestora, atunci când există temei legal în baza Legii 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal. Totodată, mă oblig să furnizez coasiguraților și beneficiarilor asigurării toate informațiile de mai sus în termen de maxim 5 zile calendaristice de la data completării prezentei cereri de asigurare. În conformitate cu Legea 677/2001, declar că am luat la cunoștință de drepturile mele, după cum urmează: accesul la date (în mod gratuit pentru o solicitare pe an, printr-o cerere scrisă, datată și semnată în care pot arăta că doresc ca informațiile să îmi fie comunicate la o anumită adresă, inclusiv prin poștă electronică, sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea mi se va face personal), informarea persoanei vizate, intervenție asupra datelor, de opoziție, de a nu fi supus unei decizii individuale, de adresare în justiție. Sunt de acord ca Societatea să transfere în străinătate datele cu caracter personal cu scop de reasigurare și de stocare de date, precum și în alte scopuri în vederea administrării contractului meu de asigurare. Sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în scopul de a primi, direct de la Societate, sau prin intermediul unor terți, informații despre produse, servicii și activități ale Societății și/sau partenerilor acesteia precum și ale companiilor care fac parte din același grup cu Societatea, precum și în scopul efectuării de către Societate, direct sau prin intermediul unor terți a studiilor de marketing cu privire la produsele, serviciile și activitățile Societății și/sau partenerilor săi actuali sau de viitor precum și companiilor din același grup cu Societatea. În cazul în care nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în aceste condiții și respectiv în scop de marketing înțeleg ca dezacordul meu să fie exprimat în scris și înaintat Societății împreună cu prezenta cerere de asigurare. Declar că Intermediarul în asigurări, care a semnat această Cerere de Asigurare, mi-a adus la cunoștință datele sale personale din actul său de identitate, adresa, codul RAF, precum și faptul că m-a informat că este abilitat contractual să îmi exercite activitatea de intermediere a contractelor de asigurare de viață. Totodată declar că acesta mi-a furnizat toate informațiile relevante incluse în Cererea de Asigurare. Declar că pe parcursul procesului de identificare a necesităților, Intermediarul în asigurări a cules de la mine informații referitoare la datele cu caracter personal, datele de identitate, adresa, detalii privind profesia și nivelul veniturilor, polițele de asigurare deținute, istoricul stării de sănătate, acestea fiind consemnate în Cererea de Asigurare în mod analitic. Pe baza acestora și considerând evoluția și dimensiunea investițiilor și a veniturilor mele viitoare am primit de la Intermediarul în asigurări recomandări pertinente pe care le-am evaluat și am decis pe propria răspundere să depun prezenta Cerere de Asigurare. Societatea figurează în registrul operațiunilor de date cu caracter personal la nr. 188.

Autorizarea pentru obținerea de informații medicale de către Societate

Consimt faptul ca Societatea să obțină informații medicale de la orice medic care m-a consultat referitor la orice modificare a stării de sănătate fizică sau mentală sau să obțină informații de la orice companie de asigurări la care am făcut o cerere de asigurare de viață. Prin prezenta eu îi autorizez pe aceștia să ofere aceste informații. O fotocopie a acestei autorizații are aceeași validitate ca și originalul. În cazul în care răspunsurile nu au fost consemnate de mine personal, certific prin prezenta verificarea și corectitudinea acestora. Condițiile privind starea mea de sănătate cu ocazia oricăror alte polițe personale aflate în vigoare sau nu și care au dus la: a) respingerea; b) aplicarea de extraprimă; c) aplicarea de excluderi; d) modificarea asigurării; e) solicitarea de despăgubiri, îmi sunt caracteristice și îmi sunt asumate dar sunt neasumate de către Societate dacă nu sunt incluse în Cererea de Asigurare.

Beneficiarul/ Asiguratul/ Clientul se obligă prin semnarea prezentului document să-i pună la dispoziție asiguratorului și să actualizeze declarația pe propria răspundere și documentația necesară stabilirii statutului de conformitate cu FATCA, referitoare la cetățenie, locul nașterii, domiciliul, adresa de corespondență, telefonul, contul bancar, adresa tutorelui/ curatorului, existența/

inexistența unei împuterniciri în vederea reprezentării de către un cetățean american sau de către o persoană cu indici de apartenență la SUA. De asemenea, clientul se obligă să completeze orice alt document solicitat de asigurator în scopul certificării statutului de conformitate FATCA. Clientul se obligă să respecte prevederile de mai sus (i) în urma primirii solicitării de la asigurator și, (ii) imediat după intervenirea vreunei schimbări cu privire la informațiile anterior furnizate asiguratorului. Următoarele date cu caracter personal pot fi transferate în Statele Unite ale Americii și prelucrate în scopul administrării contractului/cererii și conformării cu prevederile FATCA: cetățenia, locul nașterii, domiciliul, adresa de corespondență, telefonul, contul bancar, adresa tutorelui/curatorului, existența/inexistența unei împuterniciri în vederea reprezentării de către un cetățean american sau de către o persoană cu indici de apartenență la SUA. Potrivit legii, Clientul poate solicita Societății informații cu privire la prelucrarea și transferul propriilor date, corectarea, completarea sau ștergerea datelor. În anumite situații, Clientul poate solicita ca ca Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe Limited Dublin Sucursala București să înceteze prelucrarea și transferul datelor cu caracter personal. În cazul încălcării de către Societate a drepturilor aflate în legătura cu prelucrarea și transferul datelor cu caracter personal, Clientul se poate adresa Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal. Drepturile Clientului în legătură cu prelucrarea propriilor date cu caracter personal sunt guvernate de Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările ulterioare, precum și de politicile și procedurile de punere în aplicare a dispozițiilor legale aplicabile entității care prelucrează datele sau celei către care se transferă acestea, în vederea îndeplinirii propriilor obligații legale, fără a fi necesar vreun acord distinct al Clientului.

Semnătura Beneficiar/Asigurat,

.....
(nume/prenume în clar, semnătura)

Data completării

.....

(Pentru minori semnătura persoanei care îi au în întreținere/ a reprezentantului legal.)

Notă - Societatea își rezervă dreptul de a cere și alte documente sau examinări suplimentare de la medici sau autorități competente.