

Europe House
B-dul Lascăr Catargiu nr. 47-53
RO-010665, sector 1, București
T +40 21 208 41 00
F +40 21 208 41 04
client@metropolitanlife.ro
www.metropolitanlife.ro

CERERE DE DESPĂGUBIRE EXTRAMED

Beneficiile solicitate:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internare în spital | <input type="checkbox"/> Anestezie |
| <input type="checkbox"/> Spitalizare | <input type="checkbox"/> Transportul cu ambulanța |
| <input type="checkbox"/> Spitalizare în terapie intensivă | <input type="checkbox"/> Vizita medicală la domiciliu |
| <input type="checkbox"/> Convalescență | <input type="checkbox"/> Monitorizarea diagnosticării |
| <input type="checkbox"/> Intervenție chirurgicală | <input type="checkbox"/> Telediagnostic - A doua opinie medicală |

Declarația Solicitantului indemnizației:

În cazul în care ați suferit o îmbolnăvire sau un accident pentru care polița dumneavoastră oferă protecție, vă rugăm să completați acest formular în cel mai scurt timp posibil după stabilirea diagnosticului și aplicarea tratamentului de specialitate. Vă rugăm să răspundeți complet la toate întrebările din acest formular și să înmânați medicului care v-a tratat formularul alăturat pentru completare. Rugați medicul să răspundă complet la toate întrebările. Vă rugăm să atașați documentele medicale cu diagnosticul exact (spitalizare sau intervențiile chirurgicale practicate).

I. DATE DE IDENTIFICARE A TITULARULUI/ 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. METODA PREFERATĂ PENTRU COMUNICAREA PE PARCURSUL DESPAGUBIRII:

Ne dorim ca pe tot parcursul procesului de despăgubire 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 evenimentului:

Îmbolnăvire

Accident

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

2. În caz de îmbolnăvire, vă rugăm să precizați: detalii despre îmbolnăvire, data apariției primelor simptome:

3. Menționați data primului control medical efectuat ca urmare a evenimentului suferit: __ / __ / ____

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

5. În cazul în care ați fost spitalizat menționați: Data internării __ / __ / ____ Data externării: __ / __ / ____

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

7. Precizați numele, adresa și numărul de telefon al medicului dumneavoastră personal (de familie):

8. Ce alte îmbolnăviri sau accidente ați suferit în ultimii ani? (descrieți și precizați data acestora, precum și numele, numărul de telefon și adresa medicilor care v-au tratat): _____

9. În situația în care, conform Condițiilor Contractuale, solicitați beneficiul "Telediagnostic - **A doua opinie medicală**", vă rugăm să precizați diagnosticul afecțiunii respective:

V. MODALITATEA DE PLATĂ A DESPĂGUBIRII:

Plata valorii de despăgubire va fi efectuată astfel:

numerar, către casieria Băncii Raiffeisen **sau**

în contul bancar al beneficiarului plății, prin completarea detaliilor de mai jos sau prin trimiterea unui extras de cont, cu detaliile contului, semnat și ștampilat de către banca emitentă.

BENEFICIAR PLATĂ (Persoana fizică/ Persoana juridică):

Nume și Prenume / Denumire _____

Act de identitate Seria: __ Nr: _____

CNP (CUI): _____

Adresă de e-mail: _____, Telefon: _____

Adresa de domiciliu/Adresa sediului social: _____

Numele și prenumele reprezentantului legal: _____

Calitatea reprezentantului legal: _____

Modalitatea de plată și detalii despre cont: Moneda să fie aceeași cu a poliței de asigurare, Ron echivalent,

Solicit transferarea sumei de _____, ce reprezintă _____

în contul IBAN |__|_|_|_|_|||__|_|_|_|_|||__|_|_|_|_|||__|_|_|_|_|||__|_|_|_|_|||__|_|_|_|_|| monedă cont |__|_|_|_|

deschis la Banca _____, sucursala/agenția _____

Titular* al contului fiind (nume și prenume) _____

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

În cazul în care plata se va efectua **într-un cont din străinătate**, vă rugăm să ne oferiți următoarele informații:

Adresa de reședință a titularului de cont _____

Adresa Băncii _____

Codul SWIFT _____, moneda _____

Prin semnarea acestui formular sunt de acord cu reținerea taxelor bancare aferente plății în străinătate.

*) 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.

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/Cientul 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 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 Caacter 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.

Vă rugăm să trimiteți formularele completate utilizând următoarele date de contact:

- prin poștă la următoarea adresă: Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe Limited Dublin Sucursala București, Europe House, B-dul. Lascăr Catargiu 47-53, Etaj 4, Sector 1, București,
- prin fax: la nr.: + 40 (21) 208 41 04,
- prin e-mail la: despagubiri@metropolitanlife.ro sau client@metropolitanlife.ro:

Semnătura Asigurat,

Data completării

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

.....

(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.