

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](mailto:client@metropolitanlife.ro)  
[www.metropolitanlife.ro](http://www.metropolitanlife.ro)

## CERERE DE DESPĂGUBIRE ÎN CAZ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ

TOTALĂ  
 ACCIDENT

PARȚIALĂ  
 ÎMBOLNĂVIRE

### Declarația Solicitantului indemnizației:

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. În completarea acestor formulare, 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:

Tipul contractului:

- Asigurare de viață individuală  
 Asigurare de viață de grup  
 Asigurare de viață atașată creditului

Numărul poliței:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. METODA PREFERATĂ PENTRU COMUNICAREA PE PARCURSUL DESPAGUBIRII:

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 postală de trimitere a corespondenței): \_\_\_\_\_



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.

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/ 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 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.

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](mailto:despagubiri@metropolitanlife.ro) sau [client@metropolitanlife.ro](mailto:client@metropolitanlife.ro):

Semnătura Asigurat,

Data completării

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

.....

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

Notă

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