

NOTIFICARE ÎN CAZ DE DECES AL ASIGURATULUI

Declarația Solicitantului indemnizației:

I. DATE IDENTIFICARE PERSOANĂ ASIGURATĂ:

Numele și prenume

(inclusiv numele înainte de căsătorie,
dacă este cazul)

Cod Numeric Personal

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

Cetățenia: _____, Țara nașterii: _____, Adresa de domiciliu/rezidență: _____

II. DATE IDENTIFICARE CONTRACT DE ASIGURARE:

Tipul contractului:

Numărul poliței:

☐ Asigurare de viață individuală

☐ Asigurare de viață de grup

☐ Asigurare de viață atașată creditului

III. DETALII EVENIMENT (DECES):

Data: __/__/____

Locul: _____

Cauza:

☐ Îmbolnăvire

☐ Accident

În cazul în care cunoașteți mai multe detalii cu privire la circumstanțele producerii decesului, vă rugăm să precizați mai jos:

IV. INFORMAȚII PERSOANĂ DE CONTACT:

Nume și Prenume: _____

Data Nașterii: __/__/____, Țara nașterii: _____, Cetățenia: _____

Adresa poștală: _____

Adresa de e-mail: _____

Număr de telefon (inclusiv prefix țară): _____

Calitatea în care se adresează prezenta notificare:

- ☐ Membru al familiei persoanei asigurate (vă rugăm, specificați gradul de rudenie): _____
- ☐ Beneficiar în contractul de asigurare
- ☐ Alta decât cele de mai sus (vă rugăm să specificați): _____

V. DOCUMENTE MINIME* NECESARE ÎNTOCMIRII DOSARULUI DE DAUNĂ:

(bifați documentele atașate prezentului formular)

- ☐ Certificat de deces (fotocopie legalizată)
- ☐ Fotocopie Certificat Medical Constatator al Decesului
- ☐ Fotocopii BI/CI beneficiari

**) Lista completă a documentelor necesare este pusă la dispoziție prin consultantul de asigurare sau de către companie*

Subsemnatul, _____ confirm faptul că:

- ☐ informațiile menționate mai sus sunt corecte (conform cunoștințelor mele),
- ☐ orice declarație scrisă sau adeverință de la orice medic care a consultat sau tratat Asiguratul, precum și orice alte documente cerute pentru rezolvarea cazului, fac parte din dovezile decesului,
- ☐ sunt de acord cu furnizarea în continuare a acestor formulare sau oricăror alte formulare sau documente cerute de Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe Limited Dublin Sucursala București

VI. METODA PREFERATĂ PENTRU COMUNICAREA PE PARCURSUL DESPĂGUBIRII:

- ☐ e-mail: _____
- ☐ Telefon : _____
- ☐ Poștă (adresa postală de trimitere a corespondenței): _____

În cazul în care se va decide plata oricăror beneficii pentru această cerere de despăgubire, aceasta se va face prin sistemul de distribuție al Băncii Raiffeisen sau prin cont bancar pe baza unui extras de cont care să conțină elemente de identificare ale bancii emitente și ale titularului contului care este și beneficiarul plății.

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 sau client@metropolitanlife.ro

Semnătura Solicitantului:

Data: __/__/____

(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.