

CERERE DE DESPĂGUBIRE

Beneficii - vă rugăm să bifați beneficiile solicitate, conform produsului de asigurare deținut și pentru care se vor atașa și transmite documentele doveditoare:

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

I. DATE DE IDENTIFICARE A PERSOANEI ASIGURATE:

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 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 PENTRU CARE SE SOLICITĂ DESPĂGUBIREA:

Data: __/__/____ Locul: _____

Cauza:

☐ Îmbolnăvire

☐ Accident

Informații cu privire la accident /îmbolnăvire (În cazul Decesului persoanei asigurate, aceste rubrici sunt completate de către solicitantul despăgubirii cu informațiile privind persoana asigurată)

1. În cazul unui accident vă rugăm menționați: circumstanțele producerii accidentului, cauzele stabilite și care au fost urmările acestuia (ce tip de rănire, detalii)?

2. În cazul unei îmbolnăviri, vă rugăm 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 curant: _____

5. În cazul spitalizării menționați: Data internării / / Data externării: / /

6. Precizati denumirea si adresa Spitalului /institutiei medicale:

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

8. Ce alte îmbolnăviri sau accidente ați suferit/a suferit persoana asigurată în ultimii ani? (descrieți și precizați data acestora, precum și numele, numărul de telefon și adresa medicilor curanți): _____

V. MODALITATEA DE PLATĂ A DESPĂGUBIRII:

Plata valorii de despăgubire va fi efectuată în contul bancar al beneficiarului sumei cuvenite din despăgubire conform:

☐ **Extras de cont atașat** (cu detaliile contului bancar, semnat și stampilat de către banca emitentă)

SAU

☐ prin completarea detaliilor cu privire la contul bancar în rubricile de mai jos:

BENEFICIAR PLATĂ (Persoana fizică/ Persoana juridică):

Nume și Prenume / Denumire

Act de identitate Seria: _____ **Nr:** _____ **CNP /CUI:** _____

Adresa de domiciliu/Adresa sediului social: _____

Numele și prenumele reprezentantului legal:

Calitatea reprezentantului legal: _____

Solicita ca Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București să transfere suma cuvenită din

plata despăgubirii în contul IBAN |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
monedă cont* |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|, deschis la Banca _____, sucursala/agencia _____

**) Moneda contului trebuie să fie aceeași cu cea a contractului de asigurare*

Titular al contului fiind¹ (nume și prenume)

¹ Titularul contului trebuie să fie același cu persoana îndreptățită să primească suma din despăgubire

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 SWIFT² _____, 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 d.a.c. 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 d.a.c. Dublin Sucursala București

Autorizarea pentru obținerea de informații și prelucrarea datelor cu caracter personal:

Prin semnarea acestei cereri consimt ca Societatea de asigurari să solicite informații de la orice Medic, Clinică, Spital sau alt furnizor de servicii medicale, Poliție, Parchet, Instituție de Medicina Legală, altă societate de asigurări, sau orice altă Instituție care deține orice document sau informație medicală sau de altă natură, în legătură cu evenimentul asigurat (accident sau îmbolnăvire). În acest sens, autorizez aceste persoane/ instituții să prezinte Societății de Asigurări informațiile complete pe care aceasta le va solicita, inclusiv copii ale documentelor referitoare la orice îmbolnăvire sau accident care implică persoana asigurată. Orice fotocopie a prezentei autorizații va avea aceeași valabilitate ca și originalul. Consimt ca Societatea să transmită date privind evenimentul asigurat către alte societăți de asigurare, la cererea acelor societăți, exclusiv în scopul prevenirii și combaterii fraudelor.

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

Prin semnarea acestei cereri Beneficiarul/ Clientul își da acordul ca Societatea să păstreze o copie după cartea de identitate și prelucreze datele cuprinse în cerere, 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 în următoarele scopuri: administrarea contractului de asigurare, verificarea acestei cereri, antifrauda, analiza protofoliului de clienți, activități de reasigurare și pentru îndeplinirea obligațiilor legale.

Prelucrarea datelor se va face pe toată durata contractului de asigurare și până la cinci ani după încetarea acestuia sau pe perioada în care se pot solicita drepturi rezultate din asigurare, precum și pe durata stocării în arhiva Societății, conform termenelor de păstrare prevăzute în nomenclatorul arhivistic.

Datele vor fi dezvăluite: angajaților Societății, persoanelor împuternicite de Societate, alte companii care fac parte din același grup cu Asiguratorul - în scopul analizării portofoliului de clienți, reasiguratori - în scop de reasigurare; autorități publice. Datele privind starea de sănătate vor fi dezvăluite: angajaților Societății, persoanelor împuternicite de Societate, reasiguratori - în scop de reasigurare; autorități publice.

Sunt de acord ca Societatea să transfere în țări din cadrul/din afara Spațiului Economic European, inclusiv Statele Unite ale Americii străinătate datele cu caracter personal cu scop de reasigurare și de stocare de date, precum și în alte scopuri în vederea administrării prezentei cereri.

Dacă nu sunteți de acord cu prelucrarea datelor conform celor indicate mai sus, Societatea nu va putea analiza acesta cerere.

Am luat la cunoștință de drepturile conferite de lege: de acces la date (în mod gratuit pentru o solicitare pe an), de informare, de intervenție asupra datelor, de opoziție, de a nu fi supus unei decizii individuale, de adresare în justiție. Exercițarea drepturilor se face prin cerere scrisă, datată și semnată transmisă la sediul Societății.

Semnătura Beneficiar/Asigurat/Client,

Data completării

.....
(nume/ prenume în clar, semnătura³)

.....

² Titularul contului trebuie să fie același cu persoana îndreptățită să primească suma din despăgubire

³ Pentru minori – nume, prenume și semnătura persoanei care îi au în întreținere/ a reprezentantului legal

MetLife Europe Designated Activity Company este o societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social pe Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin cu numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062. Directori și cetățenie: Sarah Alicia Celso (Americană), Miriam Sweeney (Irlandeză), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Dirk Ostijn (Belgiană), Ruairi O'Flynn (Irlandeză), Mario Francisco Valdes-Valasco (Mexicană) și Michael Hatzidimitriou (Greacă)

Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464