

Metropolitan Life Asigurări
MetLife Europe d.a.c. Dublin
Sucursala Bucuresti

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 ÎN CAZ DE ACCIDENT SAU ÎMBOLNĂVIRE

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

- ☐ DECES
- ☐ INVALIDITATE TOTALĂ PERMANENTĂ DIN ORICE CAUZĂ
- ☐ INVALIDITATE TOTALĂ TEMPORARĂ/ INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ

I. DATE DE IDENTIFICARE A PERSOANEI ASIGURATE:

Număr Contract Credit:

Numele și Prenumele Asiguratului:

Codul Numeric Personal al Asiguratului:

[illegible]

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

Adresa de domiciliu/rezidență și număr de telefon de contact (inclusiv prefix țară), adresa email:

II. INFORMAȚII PERSOANĂ DE CONTACT

Numele și Prenumele:

Data Nașterii: ____/____/____, Tara nașterii: _____, Cetatenia: _____

Relatia cu Imprumutatul Asigurat:

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** (inclusiv prefix țară): _____
- ☐ **Postă** (adresa postală de trimitere a corespondenței): _____

IV. DATE PRIVIND EVENIMENTUL SUFERIT:

Data: __/__/____

Locul: _____

Cauza:

☐ Îmbolnăvire

☐ Accident

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

V. DOCUMENTE NECESARE ÎNTOCMIRII DOSARULUI DE DESPĂGUBIRE:

(bifați documentele în lista de mai jos și atașați-le prezentului formular)

DECES:

- ☐ Certificat de deces (fotocopie legalizată)
- ☐ Fotocopie Certificat Medical Constatator al Decesului
- ☐ Contractul de asigurare
- ☐ Fotocopie fișă medicală eliberată de către medicul de familie sau referat medical eliberat de medicul de familie cu istoricul medical al asiguratului (în cazul decesului cauzat de îmbolnăvire)
- ☐ Raport poliție (în cazul decesului cauzat de accident).

INVALIDITATE TOTALĂ PERMANENTĂ DIN ORICE CAUZĂ, INVALIDITATE TOTALĂ TEMPORARĂ/ INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ:

- ☐ Copie BI/CI
- ☐ Fotocopie Decizie asupra capacității de muncă, eliberată de autoritățile competente
- ☐ Fotocopie fișă medicală eliberată de către medicul de familie sau referat medical eliberat de medicul de familie cu istoricul medical al asiguratului (în cazul evenimentului cauzat de îmbolnăvire)
- ☐ Copie Bilet ieșire din spital și/sau copie Concediu Medical
- ☐ Raport poliție (în cazul evenimentului cauzat de accident).

Autorizarea Societății pentru obținerea de informații medicale

Consimt faptul ca Societatea să obțină informații medicale de la orice medic care m-a consultat/a consultat persoana asigurată 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.

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

Vă rugăm să trimiteți formularul completat și documentele atașate utilizând următoarele date de contact:

- prin poștă la următoarea adresă: Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. 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

Semnătura Beneficiar/Asigurat/Client,

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

Data completării

.....