

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

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

I. DATE DE IDENTIFICARE A ASIGURATULUI:

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. CINE A FĂCUT NOTIFICAREA: AGENT/ BROKER (NUME) _____

IV. METODA PREFERATĂ PENTRU COMUNICAREA PE PARCURSUL DESPĂGUBIRII:

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): _____

V. DATE PRIVIND EVENIMENTUL SUFERIT:

Data: __/__/____ Locul: _____

Cauza: ☐ Îmbolnăvire ☐ Accident

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

2. În caz de îmbolnăvire, 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 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):

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 ștampilat 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 convenită din

[illegible]

monedă cont* | | | | , deschis la Banca | | | | , sucursala/agenția | | | |

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

Titular al contului fiind¹ (nume și prenume)

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

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

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

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 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.

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

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 d.a.c. 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 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, semnătura³)

Data completării

.....

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