

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. ALTE ASIGURĂRI PE CARE LE DEȚINEȚI:

- ASIGURARE ÎNCHEIATĂ TELEFONIC
- ASIGURARE ÎNCHEIATĂ PRIN BANCĂ
- ASIGURARE INDIVIDUALĂ ÎNCHEIATĂ PRIN AGENT DE ASIGURARE

IV. 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): _____

V. 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. Precizați denumirea și adresa Spitalului /instituției 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 convenite 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: _____

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

plata despăgubirii în contul **IBAN** |_|_|_|_|_| || |_|_|_|_|_| || |_|_|_|_|_| || |_|_|_|_|_| || |_|_|_|_|_| || |_|_|_|_|_| || |_|_|_|_|_|
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) _____

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

Autorizare pentru transmiterea de informații personale

Îmi exprim acordul ca orice medic și unitate medicală din cadrul sistemului medical public și privat, inclusiv unități medico-legale, comisii de expertiză și orice alte instituții, să comunice societății Metropolitan Life, la solicitarea acesteia, informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale (inclusiv informații despre tratamente și investigații medicale, consultații, internări), respectiv informațiile despre starea de sănătate și datele medicale ale persoanei a cărei reprezentant legal sunt, împreună cu copiile oricăror documente aferente sau din care reies aceste informații, în vederea stabilirii și plății indemnizațiilor de asigurare. Consimt ca datele privind starea mea de sănătate să fie prelucrate și în lipsa supravegherii din partea unui cadru medical și/sau chiar de către alte persoane decât cadre medicale.

Îmi exprim acordul ca orice companie de asigurări, angajatori, unități de poliție, unități de pompieri și orice alte autorități publice să comunice societății Metropolitan Life, la solicitarea acesteia, orice informații, acte și date cu privire la cauzele și împrejurările producerii riscurilor asigurate și la prejudiciile provocate (inclusiv vătămări corporale/îmbolnăviri), în vederea stabilirii și plății indemnizațiilor de asigurare. 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. O fotocopie a acestei autorizații are aceeași validitate ca și originalul.

Consimțământ de prelucrare a datelor privind starea de sănătate

(este obligatoriu ca Asiguratul să dea acest consimțământ înainte de a ne transmite informațiile privind starea de sănătate din acest formular, în caz contrar Metropolitan Life nu va putea procesa cererea)

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București („Metropolitan Life”), folosește datele dumneavoastră așa cum este explicat în cele ce urmează și va fi “operatorul” datelor cu caracter personal pe care ni le furnizați sau pe care le colectăm despre dumneavoastră.

Vă solicităm consimțământul, **în calitatea dumneavoastră de Asigurat**, în vederea prelucrării **datelor personale privind starea de sănătate**, pe care dumneavoastră ni le-ați furnizat sau pe care le veți furniza în viitor, în următoarele scopuri:

- să analizăm cererea dumneavoastră de despăgubire;
- să vă administrăm contractul de asigurare în continuare.

Prelucrarea poate include necesitatea de a împărtăși aceste date cu medici sau alți consultanți specializați care să ne ajute la procesarea cererii de despăgubire și în administrarea contractului de asigurare.

Nu sunteți obligat să ne dați consimțământul, dar în cazul în care nu îl veți da nu vom putea să procesăm cererea dumneavoastră de despăgubiri și nici să achitam beneficiile din asigurare, în conformitate cu prevederile termenilor și condițiilor de asigurare.

Aveți dreptul să vă retrageți consimțământul în orice moment, prin transmiterea unei solicitări:

- la adresa de email: protectiadatelor@metropolitanlife.ro

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

- pe cale poștală la adresa: Bd. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București.

Retragerea consimțământului presupune că vom fi în imposibilitate de a achita beneficiile din asigurare și, de asemenea, având în vedere ca datele privind sănătatea sunt esențiale în executarea contractului de asigurare, nu vom mai putea administra în continuare contractul dumneavoastră de asigurare și, pe cale de consecință, acesta va înceta ca urmare a solicitării unilaterale a dumneavoastră prin care vă retrageți consimțământul. Pot fi aplicate penalități pentru încetare anticipată prevăzute în termenii și condițiile de asigurare aplicabile. Retragerea consimțământului nu afectează legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia.

Dacă sunteți de acord cu cele menționate mai sus, vă rugăm să bifați caseta de mai jos:

Da, sunt de acord ca Metropolitan Life să prelucreze datele mele privind sănătatea în scopurile menționate mai sus.

Politica noastră de prelucrare a datelor personale, care stabilește în detaliu modul în care folosim datele personale și drepturile dumneavoastră în legătură cu o astfel de utilizare, este anexată la acest document.

Vă rugăm să confirmați că ați citit **Politica de prelucrare a datelor personale** bifând caseta de mai jos.

Da, confirm ca am citit Politica de prelucrare a datelor personale anexată la acest document

Dacă aveți întrebări cu privire la consimțământul solicitat sau la utilizarea datelor dumneavoastră personale, vă rugăm să contactați responsabilul nostru cu protecția datelor la adresa de email: dpo@metropolitanlife.ro

Consimțământ Marketing Direct

Pentru a putea rămâne în contact cu dumneavoastră și pentru a vă putea oferi informații de interes despre produsele, serviciile și activitatea Metropolitan Life, vă rugăm să bifați casele corespunzătoare privind modalitatea prin care preferați să le primiți:

Poștă Email Telefon SMS Toate

Metropolitan Life acordă o deosebită importanță confidențialității și securității informațiilor dumneavoastră personale și se angajează să protejeze toate datele pe care le furnizați.

Cu acordul dumneavoastră, dorim să împărtășim informațiile dumneavoastră personale cu companii din grupul MetLife inc..

Înscrieți-mă pentru a primi comunicări despre produse, oferte speciale sau servicii de la Metropolitan Life Societate de Administrare a unui Fond de Pensii Administrat Privat S.A. , prin:

Poștă Email Telefon SMS Toate

Dacă vă răzgândiți și doriți să vă actualizați preferințele de marketing în orice moment, o puteți face prin oricare dintre următoarele modalități:

- la adresa de email: protectiadatelor@metropolitanlife.ro ;
- pe cale poștală la adresa: Bd. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București.

Politica noastră de prelucrare a datelor personale, care stabilește în detaliu modul în care folosim datele personale și drepturile dumneavoastră în legătură cu o astfel de utilizare este anexată la acest document.

Vă rugăm să confirmați că ați citit **Politica de prelucrare a datelor personale** anexată la acest document bifând caseta de mai jos.

Da, confirm ca am citit Politica de prelucrare a datelor personale anexată la acest document

Dacă aveți întrebări cu privire la consimțământul solicitat sau la utilizarea datelor dumneavoastră personale, vă rugăm să contactați responsabilul cu protecția datelor la adresa de email: dpo@metropolitanlife.ro

Semnătură Beneficiar /Solicitant,

Data completării

.....
(nume/ prenume în clar, semnătură³)

.....

³ Pentru beneficiarul minor – nume, prenume și semnătura reprezentantului legal; în absența unui cont bancar deschis pe numele beneficiarului minor este necesar acordul ambilor părinți pentru plata sumei convenită din despăgubire în contul bancar ce va fi menționat în solicitarea de despăgubire. Exprimarea acordului se va face prin semnarea solicitării de despăgubire de către ambii părinți și atașarea copiilor cărților de identitate ale acestora.