

**CERERE DE DESPĂGUBIRE
ÎN CAZ DE ACCIDENT SAU ÎMBOLNĂVIRE**

Beneficii – te rugăm să bifezi 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
- ☐ SPITALIZARE ȘI/SAU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ
- ☐ FRACTURI /ARSURI

I. DATE DE IDENTIFICARE A PERSOANEI ASIGURATE:

Număr Contract

Credit: _____

Numele și Prenumele Persoanei

Asigurate: _____

Codul Numeric Personal al Persoanei Asigurate:

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

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:

Relatia cu Imprumutatul Asigurat:

III. ALTE ASIGURĂRI PE CARE LE DEȚINEȚI:

- ☐ ASIGURARE DE GRUP PRIN ANGAJATOR

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, te rugăm să bifezi varianta de comunicare dorită și să completezi cu datele de contact necesare:

☐ e-mail: _____

☐ Telefon : _____

☐ **Poștă** (adresa poștală de trimitere a corespondenței; dacă e aceeași cu cea indicată mai sus, te rugăm să menționezi și o preluăm pe aceea): _____

V. DATE PRIVIND EVENIMENTUL SUFERIT:

Data: __/__/____

Locul _____

Cauza:

☐ Îmbolnăvire

☐ Accident

Informații cu privire la accident /îmbolnăvire

Prealabil completării informațiilor de mai jos, în cazul în care în trecut ai fost diagnosticat cu afecțiuni neoplazice (cancer), te informăm că **ai dreptul de a nu declara afecțiunea oncologică**, dacă a trecut un termen de **7 ani** de la data încheierii protocolului oncologic, respectiv **5 ani** de la data încheierii protocolului oncologic, pentru cazul în care diagnosticul a fost stabilit înainte de împlinirea vârstei de 18 ani.

(În cazul Decesului persoanei asigurate, aceste rubrici sunt completate de către solicitantul despăgubirii cu informațiile privind persoana asigurată)

1. În cazul unui accident, te rugăm să menționezi circumstanțele producerii accidentului și care au fost urmările (ce tip de rănire? alte detalii)

2. În cazul îmbolnăvirii, te rugăm să precizezi detalii despre îmbolnăvire, data apariției primelor simptome:

3. Data primului control medical efectuat ca urmare a evenimentului suferit: __/__/____

4. În cazul unei spitalizări te rugăm să menționezi:

Data internării __/__/____ Data externării: __/__/____

Denumirea și adresa instituției medicale în care a fost spitalizată persoana asigurată:

5. Denumirea, adresa și numărul de telefon ale Cabinetului de Medicină de Familie precum și numele medicului de familie al persoanei asigurate:

6. Ce alte îmbolnăviri sau accidente ai suferit /a suferit persoana asigurată în ultimii ani? (te rugăm să le menționezi împreună cu data acestora și detalii privind instituția/instituțiile medicale care a/au tratat persoana, numele medicului curant):

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: Tony O’Riordan (Irlandeză), Conall Murphy (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Nuria Garcia (Spaniolă), Ruairí O’Flynn (Irlandeză), și Merrilee Matchett (Australiană). Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464

Autorizare pentru transmiterea de informații personale

Eu, subsemnatul Asigurat 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 Asigurări, 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 că 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.

Eu, subsemnatul Asigurat 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 Asigurări, 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 Metropolitan Life Asigurări 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.

Prelucrarea datelor cu caracter personal

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București este operatorul datelor cu caracter personal pe care pe care ni le furnizați sau pe care le colectăm despre dumneavoastră și/sau persoana asigurată. Informații detaliate privind modul în care Metropolitan Life Asigurări folosește datele personale și drepturile dumneavoastră în legătură cu o astfel de utilizare sunt prevăzute în Politica de prelucrare a datelor disponibilă pe <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>.

Nume și Prenume Solicitant

Semnătură Solicitant

Data completării