

CERERE DE DESPĂGUBIRE ASIGURARE de Grup

Beneficii – te rugăm să bifezi beneficiile solicitate, conform contractului de asigurare deținut și pentru care vei atașa și transmite documentele doveditoare:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FRACTURI ARSURI | <input type="checkbox"/> SPITALIZARE ȘI/SAU BENEFICII CHIRURGICALE |
| <input type="checkbox"/> INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ | <input type="checkbox"/> CONVALESCENȚĂ POST-SPITALIZARE/CONCEDIU MEDICAL |
| <input type="checkbox"/> INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ | <input type="checkbox"/> CHELTUIELI MEDICALE |
| <input type="checkbox"/> AFECȚIUNI GRAVE | <input type="checkbox"/> TOP PROTECT |
| <input type="checkbox"/> DECES | |

I. DATE DE IDENTIFICARE A PERSOANEI ASIGURATE:

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):

II. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRACTULUI DE ASIGURARE:

Numărul poliței _____ Denumirea Angajatorului _____

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

e-mail: _____ Telefon : _____

prin Consultant /Broker de Asigurare (Numele/denumirea): _____

e-mail consultant/broker de asigurare: _____

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

IV. DATE PRIVIND EVENIMENTUL PENTRU CARE SE SOLICITĂ DESPĂGUBIREA:

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):

V. MODALITATEA DE PLATĂ A DESPĂGUBIRII:

Plata despăgubirii este efectuată în contul bancar al beneficiarului asigurării (conform contractului de asigurare).

Pentru a putea să efectuăm plata în contul bancar, te rugăm să ne transmiți extrasul de cont bancar sau un document similar emis de bancă, în care să fie menționate datele contului bancar: nume și prenume titular cont bancar, număr de cont (IBAN) și numele băncii¹. Te informăm că Titularul contului trebuie să fie persoana îndreptățită să primească suma din despăgubire², conform contractului de asigurare.

Pentru plata în cont bancar deschis în altă țară (nu în România), te rugăm să transmiți suplimentar un document care să includă următoarele date: Codul SWIFT, adresa de reședință a titularului de cont, adresa băncii.

În absența documentului/documentelor mai sus menționate nu vom putea efectua plata.

Am înțeles

Autorizare pentru transmiterea de informații personale

¹ Moneda contului trebuie să fie aceeași cu cea a contractului de asigurare;

² Pentru beneficiarul minor, în absența unui cont bancar deschis pe numele beneficiarului minor este necesar acordul ambilor părinți pentru plata sumei cuvenită din despăgubire în contul bancar al unuia dintre părinți. Exprimarea acordului se va face prin semnarea solicitării de despăgubire de către ambii părinți și atașarea copiilor cărților de identitate ale acestora.

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 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 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 la <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>.

Nume și Prenume Solicitant

Semnătură Solicitant³

Data completării

³ Pentru beneficiarul minor – nume, prenume și semnătura reprezentantului legal;