

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 – Asigurare pentru Copil

Beneficii acoperite de asigurarea deținută- vă rugăm să bifați toate evenimentele **pentru care solicitați despăgubire:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SPITALIZARE ȘI/SAU BENEFICIILE CHIRURGICALE | <input type="checkbox"/> AFECȚIUNI GRAVE |
| <input type="checkbox"/> INVALIDITATEA PERMANENTĂ | <input type="checkbox"/> TELEDIAGNOSTIC |
| <input type="checkbox"/> EXONERAREA DE LA PLATA PRIMELOR | <input type="checkbox"/> DECES |
| <input type="checkbox"/> FRACTURI/ARSURI | |

I. DATE DE IDENTIFICARE A TITULARULUI(LOR) ȘI A PERSOANEI ASIGURATE:

Numele și prenumele *Titularului 1* _____

Codul Numeric Personal al acestuia:

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

Numele și prenumele *Titularului 2* _____

Codul Numeric Personal al *acestuia*:

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

Numele și prenumele *Asiguratului*: _____

Codul Numeric Personal al *Asiguratului*:

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

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

Adresa de domiciliu/ rezidență _____

Date indentificare nr. contract de asigurare (nr. Poliță): _____

II. 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): _____

***Doriți ca adresa menționată în acest formular să fie utilizată în corespondența ulterioară referitoare la orice aspect al contractului dumneavoastră de asigurare? DA NU (bifați opțiunea dorită)**

Dacă ați răspuns DA, adresa menționată în acest formular va fi înregistrată ca adresa dvs. de corespondență.

III. DATE PRIVIND EVENIMENTUL SUFERIT:

Data: __ / __ / ____

Locul: _____

Cauza evenimentului suferit:

Îmbolnăvire

Accident

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

2. În caz de îmbolnăvire a persoanei asigurate, vă rugăm să 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 a tratat persoana asigurată:

5. În cazul în care persoana asigurată a fost spitalizat menționați:

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

6. Precizați denumirea și adresa instituției medicale în care a fost spitalizată persoana asigurată:

7. Ce alte îmbolnăviri sau accidente a suferit persoana asigurată în ultimii ani? (descrieți și precizați data acestora, precum și numele, numărul de telefon și adresa medicilor care v-au tratat): _____

8. În situația în care, conform Condițiilor Contractuale, solicitați beneficiul "Telediagnostic - **A doua opinie medicală**", vă rugăm să precizați diagnosticul afecțiunii respective:

III. MODALITATEA DE PLATĂ A DESPĂGUBIRII:

Plata valorii de despăgubire va fi efectuată în contul bancar al beneficiarului plății, prin completarea detaliilor de mai jos sau prin trimiterea unui extras de cont cu detaliile contului, semnat și stampilat de către banca emitentă.

BENEFICIAR PLATĂ:

Nume și Prenume _____

Numele și prenumele reprezentantului legal: _____

Calitatea reprezentantului legal: _____

Solicit ca Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București să transfere suma cuvenită din plata despăgubirii în contul **IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
monedă cont | | | | |, deschis la Banca _____, sucursala/agenția _____

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 _____

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

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: Sarah Alicia Celso (Americană), Miriam Sweeney (Irlandeză), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Dirk Ostijn (Belgiană), Ruairí O'Flynn (Irlandeză), Mario Francisco Valdes-Valasco (Mexicană) și Michael Hatzidimitriou (Greacă)

Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464

Adresa Băncii _____
Codul SWIFT _____, 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

Eu, subsemnatul Reprezentatul legal al Asiguratului 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 copilului de sănătate și datele sale 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 de sănătate a asiguratului să fie prelucrate și în lipsa supravegherii din partea unui cadru medical și/sau chiar de către alte persoane decât cadre medicale.

Eu, subsemnatul Reprezentat legal al Asiguratului 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 Reprezentantul legal al minorului 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 și ale persoanei asigurate minore 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 Reprezentant legal al minorului 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
- pe cale poștală la adresa: Bd. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București.

Retragerea consimțământului presupune ca vom fi în imposibilitate de a achita beneficiile din asigurare și, de asemenea, având în vedere că datele privind starea de sănătate 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, eu Asiguratul sunt de acord ca Metropolitan Life să prelucreze datele mele privind starea de sănătate 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 casetele 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. Lascar Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, Bucuresti.

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,

.....
(nume/ prenume în clar, semnătură²)

Data completării

.....

² 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.