

DA NU (bifează opțiunea dorită)

Dacă ai răspuns DA, datele de contact menționate în acest formular vor fi înregistrate ca date de corespondență.

INFORMATII PRIVIND EVENIMENTUL ASIGURAT

Data evenimentului asigurat: __/__/____

Cauza evenimentului: Îmbolnăvire Accident

Informații cu privire la accident /îmbolnăvire

Prealabil completării informațiilor de mai jos, în cazul în care, înainte de încheierea asigurării, în trecut ai fost diagnosticat cu afecțiuni neoplazice (cancer), te informăm că **ai dreptul să nu declari 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.

1. În cazul îmbolnăvirii, te rugăm să precizezi data la care au apărut primelor simptome:

2. Data primului control medical efectuat ca urmare a diagnosticului primit: __/__/____

3. Numele, adresa și numărul de telefon ale instituției medicale și ale medicului curant, în grija căruia te afli:

4. Numele, adresa și numărul de telefon ale medicului de familie, care te are în grijă:

V. MODALITATEA DE PLATĂ A DESPĂGUBIRII PENTRU BENEFICIUL DE AFECȚIUNE GRAVĂ- SMART PROTECT:

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 băncii.

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

Te informăm că Titularul contului trebuie să fie persoana îndreptățită să primească suma din despăgubire¹, 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.

Autorizare pentru transmiterea de informații personale

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), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Nuria Garcia (Spaniolă), Ruairí O’Flynn (Irlandeză), și Merrilee Matchett (Australiană).

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

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 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.

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

Nume și Prenume Solicitant

Semnătură Solicitant

(Pentru beneficiarul minor – nume, prenume și semnătura reprezentantului legal)

Data completării
