

## 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:

- |                                                                  |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SPITALIZARE                             | <input type="checkbox"/> INVALIDITATE PERMANENTĂ <u>TOTALĂ</u>   |
| <input type="checkbox"/> INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ                | <input type="checkbox"/> INVALIDITATE PERMANENTĂ <u>PARTIALĂ</u> |
| <input type="checkbox"/> EXONERARE DE LA PLATA PRIMELOR          | <input type="checkbox"/> TOP PROTECT – a doua opinie medicală    |
| <input type="checkbox"/> TOP PROTECT – Tratatment în străinătate | <input type="checkbox"/> DECES                                   |
| <input type="checkbox"/> CLAUZA DE PROTECȚIE A COPILULUI         |                                                                  |

### I. DATE DE IDENTIFICARE A TITULARULUI / PERSOANEI ASIGURATE:

Numele și prenumele *Titularului*: \_\_\_\_\_

Codul Numeric Personal al *Titularului*:

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

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: \_\_\_\_\_

### II. ALTE ASIGURĂRI PE CARE LE DEȚINEȚI:

- ASIGURARE DE GRUP PRIN ANGAJATORUL TĂU

### 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):

\_\_\_\_\_

**\*Dorești ca datele de contact menționate în acest formular să fie utilizate în corespondența ulterioară referitoare la orice aspect al contractului de asigurare?**

**DA**  **NU**  (bifează opțiunea dorită)

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

#### **IV. DATE PRIVIND EVENIMENTUL PENTRU CARE SE SOLICITĂ DESPĂGUBIREA:**

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Locul: \_\_\_\_\_

**Cauza evenimentului:**

**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. Denumirea, adresa și numărul de telefon ale instituției medicale care a tratat persoana asigurată (inclusiv numele medicului curant):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. În cazul unei spitalizări te rugăm să menționezi:

Data internării \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data externării: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 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 băncii<sup>1</sup>. Te informăm că Titularul contului trebuie să fie persoana îndreptățită să primească suma din despăgubire<sup>2</sup>, 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

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<sup>3</sup>

---

Data completării

---

<sup>1</sup> Moneda contului trebuie să fie aceeași cu cea a contractului de asigurare;

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Pentru beneficiarul minor – nume, prenume și semnătura reprezentantului legal;