

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. 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):

IV. DATE PRIVIND EVENIMENTUL SUFERIT:

Data: __ / __ / ____

Locul _____

Cauza: Îmbolnăvire Accident

Informații cu privire la accident /îmbolnăvire

(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: __ / __ / ____

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

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):

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.

Metropolitan Life acordă o deosebită importanță confidentialității și securității informațiilor dumneavoastră personale și se angajează să protejeze toate datele pe care le furnizați. Mai multe informații puteți afla din Politica noastră de prelucrare a datelor personale, care stabilește în detaliu modul în care folosim datele dumneavoastră personale și drepturile dumneavoastră în legătură cu o astfel de utilizare, aceasta fiind disponibilă pe site-ul nostru www.metropolitanlife.ro și la sediile Metropolitan Life. De asemenea, vă putem pune la dispoziție un exemplar al acestei Politici sau alte informații pe care le considerați necesare, dacă ne transmiteți o solicitare în acest sens:

- la adresa de email: protectiadatelor@metropolitanlife.ro
- pe cale poștală la adresa: Bd. Lascar Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București.

Nume și Prenume Solicitant

Semnătură Solicitant

Data completării
