

**FORMULAR DE AVIZARE ALOCATIE ZILNICA DE SPITALIZARE**  
(acest formular va fi completat de catre Persoana Asigurata/Detinator Polita)

Seria și numărul poliței de asigurare de viață

Data începerii valabilității poliței de asigurare de viață

**Detalii despre Persoana Asigurata**

Numele și prenumele Persoanei Asigurate

CNP

**Detalii despre riscul produs**

Perioada de spitalizare

Cauza spitalizarii (accident/boala)

Diagnostic complet

In vederea evaluarii evenimentului asigurat, va rugam sa atasati urmatoarele documente:

1. Copie bilet/bilete de ieșire din spital și/sau scrisoare/scrisori medicale din care să reiasă clar perioada de spitalizare ;
2. Orice alte documente pe care GARANTA le consideră necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat;

\* Solicitantul \_\_\_\_\_ declar că am luat cunoștință despre drepturile prevăzute de Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date (dreptul de informare, dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a mă adresa justiției). Sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie colectate și procesate de către Asigurator (inclusiv prin intermediul societăților afiliate din străinătate sau al unor terțe părți utilizate de către asigurator pentru externalizarea anumitor servicii de asigurari) fără limitare de termen, în scopul prestării de servicii de asigurare, scopuri statistice sau în scopul promovării unor noi produse și servicii de asigurare. Înțeleg că Asiguratorul este îndreptățită să transmită datele personale către entitățile publice și/sau private al căror scop îl constituie administrarea informațiilor privind portofoliul de clienți al asiguratorilor în vederea identificării și cuantificării riscului de asigurare și diminuării riscului de fraudă, cât și să le dezvăluie dacă acest lucru este cerut de lege, o instanță judecătorească sau altă autoritate competentă, cat si sa transmita extern aceste informatii catre Organismele abilitate sa primeasca aceste informatii. Înțeleg că Asiguratorul va putea folosi informațiile cuprinse în prezentul document în scopuri de marketing, pentru promovarea unor produse sau servicii ale grupului din care Asiguratorul face parte, cu excepția cazului în care imi manifest expres voința prin bifarea unei căsuțe corespunzătoare de mai jos:

Nu doresc să primesc informații referitoare la produse și servicii oferite de Asigurator sau de companiile afiliate Asiguratorului

Declar că informațiile furnizate în acest formular sunt complete și adevărate.

\_\_\_\_\_

**Numele și Prenume Persoana Asigurata/Detinator Polita**

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Semnătura**