

FORMULAR AVIZARE DAUNA

ÎN CAZ DE DECES (inclusiv deces accidental)

- (acest formular va fi completat de catre Beneficiar) -

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

Cauza decesului

Împrejurările în care s-a produs decesul

Data decesului

În caz de accident, data accidentului

În caz de boala, precizati afectiunile care au contribuit la producerea decesului

În vederea evaluării evenimentului asigurat, vă rugăm să atașați următoarele documente:

1. Copie certificat de deces (copie legalizată în cazul polițelor individuale sau ștampilată și semnată de către Directorul de Reprezentanță/Agenție pentru asigurarea conformității cu originalul și copie ștampilată și semnată de către Directorul de Reprezentanță/Agenție în cazul polițelor de grup)
2. Copie certificat medical constatator al decesului
3. Certificat de moștenitor sau certificat de calitate de moștenitor (pentru politele la care nu sunt specificați moștenitorii)/ Dispoziție de curatelă dacă moștenitorii sunt minori
4. Adresă de la Poliție privind cauzele și circumstanțele decesului – în cazul unui deces din accident
5. Copie Fișă Medicală de la doctorul de familie sau în cazul în care acest document nu se poate obține din motive obiective, o adeverință medicală emisă de către medicul de familie
Fiecare pagină a fișei medicale va fi numerotată, semnată și parafată de către medicul de familie și va purta mențiunea “conform cu originalul”.
6. Orice alte documente pe care GARANTA le consideră necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat.

* Solicitantul _____ declară 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 asigurări) 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, cât și să transmită extern aceste informații către Organismele abilitate să primească aceste informații.

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.

Nume și Prenume Beneficiar

Data

Semnătura