

FORMULAR DE NOTIFICARE A EVENIMENTULUI ASIGURAT

Clauze Suplimentare

A. Date de identificare

Nume și prenume asigurat

Se va trece numele persoanei care a suferit evenimentul asigurat

CNP

Serie și număr contract (e)
de asigurare

A.1. Detalii privind evenimentul asigurat

Data producerii evenimentului

Tipul evenimentului

Invaliditate

Incapacitate temporară de muncă

Intervenție chirurgicală

Fracturi pentru dependenți

Spitalizare

Șomaj

*Altele

*Vă rugăm detaliați mai jos:

În cazul în care evenimentul a fost cauzat de accident, vă rugăm descrieți circumstanțele producerii acestuia:

Data producerii accidentului

Data apariției primelor acuze/ simptome

Descrierea evoluției afecțiunii până la momentul internării

Dacă spațiul de mai jos este insuficient, vă rugăm să atașați o foaie A4 pentru conformitate sau spațiul destinat mențiunilor speciale de la finalul acestui formular.

Simptome apărute

Evoluția acestora

Tratamentul urmat până în momentul internării

Data diagnosticării inițiale

Diagnostic

Menționați medicul care v-a diagnosticat prima dată
(nume, specialitate, cabinet/ spital)

Data internării – externării

Data intervenției/ Intervențiilor chirurgicale

Tipul Intervenției chirurgicale

A.2. Detalii privind medicul de familie al persoanei asigurate

Nume și prenume

Număr telefon

E-mail

Adresa de corespondență a CMI

B. Documente necesare întocmirii dosarului de daună

Vă rugăm atașați următoarele documente în vederea evaluării evenimentului asigurat:

| Documente * | Spitalizare | Invaliditate | Incapacitate temporară de muncă | Șomaj | Intervenție chirurgicală | Fracturi pentru dependenți |
|---|-------------|--------------|---------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|
| Actul de identitate al Beneficiarului | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Document bancar din care să reiasă codul IBAN al Beneficiarului | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Fișa medicală a Asiguratului sau o adeverință semnată de către medicul de familie din care să reiasă istoricul medical al acestuia la momentul semnării declarației de sănătate, cuprinsă în certificatul de asigurare, doar în cazul în care evenimentul a survenit din cauze medicale | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Documente medicale de spitalizare/ intervenție chirurgicală (bilet de ieșire din spital, fișa de observație a pacientului) | ✓ | | | | ✓ | ✓ |
| Decizia medicală asupra capacității de muncă (care cuprinde gradul de invaliditate și diagnosticul care a determinat invaliditatea) | | ✓ | | | | |
| Documentele medicale, care să ateste invaliditatea sau incapacitatea temporară de muncă (bilet de ieșire din spital, raportul medicului curant/ expert, document medical din care să reiasă pierderea suferită, protocolul operator, analizele și investigațiile efectuate, certificat de concediu medical, semnat și parafat de către medicul de familie, în care să fie menționat diagnosticul și perioada incapacității) | | ✓ | ✓ | | | |
| Decizia de încetare a contractului de muncă sau adeverință din partea angajatorului/ ITM | | | | ✓ | | |
| Dispoziția privind stabilirea dreptului la indemnizația de șomaj, care atestă că Asiguratul figurează în evidențele Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă și beneficiază de indemnizație de șomaj | | | | ✓ | | |
| Carnetul de șomer vizat/ cuponul de șomaj/ extrasul de cont/ încasare indemnizație de șomaj, transmise lunar pe toată durata acoperirii prin asigurare | | | | ✓ | | |

* Toate documentele din lista de mai sus sunt acceptate în copie.

În cazul unui eveniment survenit ca urmare a unui accident, vă rugăm atașați copia procesului verbal de la locul accidentului/ alte documente de la organele statului competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la producerea evenimentului asigurat, dacă acesta s-a datorat unui accident și copia raportului/ certificatului de analiză toxicologică.

În funcție de informațiile cuprinse în documentele furnizate, este posibilă solicitarea altor documente, necesare evaluării evenimentului asigurat produs, în conformitate cu prevederile Condițiilor Contractuale.

C. Detalii beneficiar*

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------|---------------|---------|-----|
| Nume și prenume | | | | | |
| B.I./ C.I. | seria | număr | CNP | | |
| Domiciliul | Localitatea/ Țara | Sector/Județ | | | |
| | Str. | nr. | bl. | sc. | ap. |
| Data/ Locul nașterii | | | | Telefon | |
| E-mail | | | Ocupația | | |
| Funcția publică | Cetățenie | | Naționalitate | | |
| Cont IBAN | | | | | |
| Banca | | | | | |
| Semnătura beneficiarului | | | | | |

Declarație beneficiar privind FATCA

Sunteți cetățean american sau rezident în SUA DA NU

Aveți date de contact SUA: adresa de domiciliu, de corespondență sau fiscală în SUA, număr de telefon DA NU

Sunteți persoană juridică înființată/ înregistrată sau care este prezentă în SUA sau care are un acționar care deține 25% sau mai mult din capitalul social sau din drepturile de vot ale unei altfel de persoane juridice și care este un cetățean american sau rezident SUA DA NU

Dacă ați răspuns cu DA la oricare dintre întrebările de mai sus, vă rugăm să completați formularul W-9.

Dacă ați răspuns cu NU la oricare dintre întrebările de mai sus și sunteți rezident al altor state membre ale Uniunii Europene sau Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, vă rugăm să completați "Declarația de rezidență Fiscală."

Declar că am luat la cunoștință de obligativitatea de a prezenta în mod corect și real eventualele obligații fiscale datorate conform legislației SUA și prevederilor legale care reglementează schimbul automat de informații și că această obligație este reflectată pe deplin în prezentul document.

Declar că am fost informat cu privire la obligația legală a BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A. de a colecta, procesa, selecta și declara autorităților fiscale competente din România, acestea din urmă transferându-le către autoritățile fiscale competente din străinătate informații de natură financiară a contribuabililor rezidenți ai altor state membre ale Uniunii Europene și în state care au aderat la CRS pe teritoriul României, în scopul realizării schimbului automat de informații și combaterii evaziunii fiscale.

Declarație beneficiar privind rezidența fiscală

Beneficiar

Aveți rezidența fiscală într-o altă țară în afara României?

DA NU

Dacă răspunsul este DA, menționați țara și codul de rezidență fiscal deținut

Țara

Cod de rezidență fiscală

Declar prin prezenta cerere în nume propriu că după primirea sumei ce mi se cuvine mă consider integral despăgubit/ă și nu voi mai avea nicio pretenție de despăgubire pentru evenimentul asigurat produs, de la BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A.

D. Declarație

Subsemnatul, declar că toate informațiile furnizate în prezentul document sunt adevărate, corecte și complete după cunoștința mea.

Sunt conștient de faptul că în cazul în care se constată că acestea sunt false, incorecte sau incomplete, Asigurătorul are dreptul de a ajusta sau refuza plata indemnizației de asigurare.

Asigurătorul are dreptul, numai în procesul de instrumentare a dosarelor de daună să obțină informații cu privire la starea de sănătate/ istoricul medical al Asiguratului de la medicii de familie/ curanți. Persoana Asigurată își dă consimțământul expres în acest sens prin semnarea Contractului de Asigurare.

Numele în clar

Semnătura

Data

Nr. de telefon

E-mail

ACORD PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ȘI COMUNICAREA ELECTRONICĂ CU BCR ASIGURĂRI DE VIAȚĂ VIENNA INSURANCE GROUP S.A. - ANEXĂ LA NOTA DE INFORMARE

Subsemnatul _____ CNP _____
Nr. de telefon mobil _____ E-mail _____

Am luat la cunoștință de conținutul Notei de informare a BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A. privind prelucrarea datelor cu caracter personal prin consultarea paginii web a companiei – secțiunea Protecția Datelor.

DA NU

*În cazul în care nu optați să consultați Nota de informare pe pagina web a companiei – secțiunea Protecția Datelor, veți primi această Notă de informare pe suport hârtie sau pe adresa de e-mail comunicată, înainte de completarea prezentului Acord.

Înainte de completarea prezentului acord am fost informat cu privire la toate aspectele din Nota de informare, inclusiv cu privire la faptul că:

- BCR Asigurări de Viață prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu prevederile legale în materie de prelucrare a datelor cu caracter personal, în scopul prestării serviciilor de asigurare. Pentru a facilita aceste servicii, datele colectate pot fi transmise și prelucrate de către companii din Grupul Vienna Insurance Group sau de orice alt terț împuternicit expres de către BCR Asigurări de Viață, iar stocarea datelor se efectuează într-un mod securizat fără posibilitatea de a fi utilizate în alte scopuri decât cele menționate în Nota de informare.
- Am dreptul de informare, de acces și de intervenție asupra datelor cu caracter personal inclusiv dreptul de opoziție și alte drepturi ce rezultă din legislația privind protecția datelor și pot să le exercit printr-o cerere scrisă transmisă către BCR Asigurări de Viață, prin intermediul serviciilor poștale sau la adresa de e-mail: dpo@bcrasigviata.ro.
- Pot solicita în orice moment modificarea sau retragerea acordului referitor la contactarea de către BCR Asigurări de Viață și de către împuterniciții săi în scopuri de marketing sau a acordului referitor la comunicarea electronică, printr-o cerere transmisă la adresa de e-mail: dpo@bcrasigviata.ro sau prin alte mijloace electronice puse la dispoziție de către BCR Asigurări de Viață.

În conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor cu caracter personal (Regulamentul UE 2016/679), declar în mod expres următoarele:

1. PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

a) Sunt de acord cu prelucrarea de către BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A. („BCR Asigurări de Viață”) a datelor mele cu caracter personal privind starea de sănătate, indispensabile în vederea prestării serviciilor de asigurare (ofertare, emitere polițe, acordare despăgubiri), cu respectarea legislației specifice în vigoare.

DA NU

b) Exclusiv în legătură cu polițele de asigurare ce au componenta de asigurare de viață și sănătate, autorizez și exonerez de secretul profesional orice medic sau instituție/ oficialitate ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, în vederea punerii acestora la dispoziția BCR Asigurări de Viață pentru evaluarea riscului sau în caz de daună. Aceste date vor fi utilizate de către BCR Asigurări de Viață doar în scopul declarat de evaluare a riscului subscris, de întocmire și soluționare a dosarelor de daună.

Am înțeles că, în cazul în care nu îmi voi exprima acordul pentru prelucrarea datelor privind starea de sănătate, BCR Asigurări de Viață nu va putea executa contractul de asigurare în care sunt parte sau ale cărui efecte se produc față de mine, inclusiv dar fără a se limita la activitatea de plată a despăgubirilor.

DA NU

c) Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de BCR Asigurări de Viață pentru scopuri statistice, respectiv de marketing, acțiuni de direct mailing, oferirea de produse și servicii, reclame, să fiu contactat și să primesc informații relevante de la BCR Asigurări de Viață sau de la persoane împuternicite expres de BCR Asigurări de Viață în acest sens, în vederea fructificării eventualelor oportunități de asigurare, respectiv a îmbunătățirii serviciilor pe care BCR Asigurări de Viață mi le oferă.

DA NU

2. COMUNICAREA ELECTRONICĂ

Sunt de acord să primesc toată corespondența precontractuală și contractuală cu BCR Asigurări de Viață pe cale electronică, utilizând adresa de e-mail comunicată în prezentul Acord, iar această comunicare va produce aceleași efecte ca și comunicarea scrisă. În cazul în care datele mele de contact vor suferi modificări, voi transmite în timp util către BCR Asigurări de Viață noile date, prin comunicarea acestora către Call Center-ul BCR Asigurări de Viață sau prin semnarea unui nou Acord.

Sunt de acord ca în relația cu BCR Asigurări de Viață VIG să pot folosi și semnătura biometrică și ca această semnătură să producă aceleași efecte ca și semnătura pe suport hârtie.

DA NU

Data

Semnătura