

FORMULAR DE NOTIFICARE A EVENIMENTULUI ASIGURAT

Decesul Asiguratului

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 decesului

Decesul a fost determinat de

Boală

Alt tip de accident

Agresiune

Accident rutier

Suicid

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

Data producerii accidentului

În cazul decesului produs într-o unitate spitalicească, vă rugăm precizați numele și adresa unității sanitare, numele medicului care s-a ocupat de persoana asigurată.

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

Nume și prenume

Număr telefon

E-mail

Adresa de corespondență a CMI

BCR ASIGURĂRI DE VIAȚĂ Vienna Insurance Group SA

Adresa: București, Str. Rabat nr. 21, 011835, România

T: +4021 206 9040 | F: +4021 230 6349

E-mail: clienti@bcrasigviata.ro

Website: www.bcrasigviata.ro

Societate administrată în sistem dualist, Registrul Comerțului: J40/17847/24.10.2005;

CUI 18066920/2005; Operator de date cu caracter personal nr. 4822;

Autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, Înscrișă în Registrul

Asiguratorilor sub nr. RA 055/28.11.2005;

Capital social 135.642.430 LEI | Cod LEI 529900W3WGW631HK2G98

B. Documente necesare întocmirii dosarului de daună

Vă rugăm atașați următoarele documente în vederea evaluării evenimentului asigurat:

- Copie certificat de deces
- Copie certificat medical constatator al decesului/ adeverința de la medicul de familie din care să reiasă cauzele decesului
- *Copie certificat moștenitori din care să reiasă care sunt moștenitorii legali și cotele de participare la moștenire, în cazul în care beneficiarii sunt moștenitorii legali
- *Copie act de identitate beneficiar semnată conform cu originalul
- *Document bancar din care sa reiasă codul IBAN al beneficiarului

**nu este necesar în cazul asigurărilor atașate creditelor.*

În cazul unui deces cauzat de boală, vă rugăm să atașați copia fișei medicale a asiguratului de la medicul de familie cu semnătura și parafa pe fiecare pagină/ adeverința întocmită și semnată de medicul de familie cu istoricul medical al asiguratului.

În cazul unui deces survenit ca urmare a unui accident, suicid sau agresiune, 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 aceasta 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 beneficiari*

**Această secțiune nu este aplicabilă asigurărilor atașate creditelor.*

În cazul în care sunt desemnați mai mult de trei beneficiari, vă rugăm utilizați Anexa 1 pentru furnizarea detaliilor privind ceilalți beneficiari ai contractului de asigurare.

Beneficiar 1

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

Beneficiar 2

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

Beneficiar 3

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

	Beneficiar 1	Beneficiar 2	Beneficiar 3
Sunteți cetățean american sau rezident în SUA	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
Aveți date de contact SUA: adresa de domiciliu, de corespondență sau fiscală în SUA, număr de telefon	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU

Completați formularul W-9, dacă ați răspuns cu DA la oricare dintre întrebările de mai sus.

Completați "Declarația de rezidență Fiscală" 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.

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 1	Beneficiar 2	Beneficiar 3
Aveți rezidența fiscală într-o altă țară în afara României?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
Dacă răspunsul este DA, menționați țara și codul de rezidență fiscal deținut	Țara <input type="text"/> Cod de rezidență fiscală <input type="text"/>	Țara <input type="text"/> Cod de rezidență fiscală <input type="text"/>	Țara <input type="text"/> Cod de rezidență fiscală <input type="text"/>

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 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 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