

## CERERE DE DESPĂGUBIRE EVENIMENT MEDICAL

### Informații despre Asigurat:

Nume și prenume													
Cod numeric personal													
Număr poliță de asigurare													
Adresă													
Număr de telefon													
Adresă de e-mail													

(toate câmpurile sunt obligatorii și trebuie completate de către Asigurat/Solicitant)

### Informații necesare efectuării plății:

<input type="checkbox"/> numerar - prin casierile BCR													
<input type="checkbox"/> transfer bancar													
Detalii cont bancar	Cont IBAN (moneda RON)												
	Deschis la banca												
	Sucursala băncii												
	Titular cont												
	CNP titular cont*												

\*În cazul în care titularul contului este altă persoană decât Asiguratul, este necesar să anexați copia actului de identitate.

### Pentru soluționarea prezentei cereri, anexez următoarele documente:

.....  
 .....

Declar că datele incluse în această cerere sunt reale și în conformitate cu informațiile de care dispun.

Sunt de acord ca datele mele să fie introduse și procesate în baza de date Allianz-Tiriac Asigurări. Prin prezenta opțiune îmi exprim consimțământul expres pentru următoarele:

Societatea SC Allianz-Tiriac Asigurări SA are acordul meu expres și este pe deplin împuternicită de către mine să contacteze orice medic, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, în scopul obținerii oricăror documente privind: starea mea fiziologică și/sau patologică, investigații și analize efectuate, tratamente administrate și cure stabilite de către medici. Împuternicirea menționată mai sus nu poate fi folosită decât în contextul analizei medicale a unui dosar de daună deschis în numele meu și își menține valabilitatea atât în timpul vieții mele, cât și după deces, până la momentul finalizării dosarului de daună.

Prin prezenta îmi dau acordul expres și autorizez orice medic curant, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, să furnizeze aceste date către SC Allianz-Tiriac Asigurări SA și îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informații.

Am luat la cunoștință că SC Allianz-Tiriac Asigurări SA are dreptul de a solicita și de a primi relații de la medicii care m-au consultat, respectiv tratat, precum și de la orice instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, atât înainte, cât și după producerea evenimentului asigurat. În acest context, îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informații pe toți cei care vor fi chestionați în cauză și li se vor solicita documente medicale referitoare la persoana mea, chiar și după deces.

Înțeleg pe deplin și sunt întru totul de acord că prezenta este valabilă pe toată durata în care am calitatea de asigurat într-o poliță de asigurare la SC Allianz-Tiriac Asigurări SA, precum și după încetarea asigurării până la data finalizării dosarului de daună.

Înțeleg pe deplin și sunt întru totul de acord ca informațiile și datele furnizate vor fi prelucrate de persoanele autorizate de către SC Allianz-Tiriac Asigurări SA în acest scop (angajate sau împuternicite în acest sens).

Prezenta Declarație de Consimțământ reprezintă acordul expres dat de către subsemnatul în calitate de Asigurat, are valoare de autorizare și constituie exonerare de responsabilitate.

Sunt de acord, în conformitate cu prevederile legale aplicabile, în special cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date ("GDPR"), că toate datele personale furnizate: datele privind starea mea de sănătate (istoricul meu medical), CNP, nume, adresă, data de naștere, datele socio-profesionale și orice alte date necesare desfășurării activității de asigurare și reasigurare, să fie transmise către SC Allianz-Tiriac Asigurări SA, precum și către alte societăți de asigurare și reasigurare, cu scopul de evaluare a riscurilor, plata beneficiilor contractului, coasigurare și reasigurare. Astfel de date pot fi de asemenea comunicate către orice altă societate de asigurare sau de reasigurare din străinătate pentru aceleași scopuri, informațiile păstrându-și caracterul confidențial. Prin prezenta dau acces deplin companiei de asigurări la toate datele medicale, informații despre spitalizări și orice alte date legate de activitatea de subscriere și de evaluare a daunelor. Prin prezenta declar că am fost informat de către Allianz-Tiriac Asigurări cu privire la prelucrarea datelor mele personale în scopul soluționării cererii de daune conform notei de informare a Allianz-Tiriac Asigurări de care am luat la cunoștință.

Data	Semnătura Asiguratului/Solicitantului