

## FORMULAR PLATA INDEMNIZATII DAUNE

(toate campurile aferente solicitatii pentru care ati optat sunt obligatorii si trebuie completate de catre Contractant)

Polita numarul:		Intermediar:	
Asigurat:		Sucursala:	
CNP Asigurat			

	Beneficiar	Reprezentant Legal
Nume/Denumire:		
CNP/CUI:		
Nr. Telefon:		
E-mail:		
Adresa Contractantului :	Str.: .....; Nr.:.....; Bl.:.....; Sc.:.....; Et.:.....; Ap.:.....; Cod postal .....; Localitate:.....; Judet:.....	

### Informatii necesare efectuării plății:

Transfer pe polita/cererea numarul ..... in cuantum/procent de ..... reprezentand.....

Transfer pe polita/cererea numarul ..... in cuantum/procent de ..... reprezentand.....

Transfer in cont bancar

Informatii cont bancar:	IBAN:	
	Moneda contului	<input type="checkbox"/> RON <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD
	Deschis la banca	.....
	Sucursala bancii	.....
	Titular cont	.....
	CNP/CUI titular cont	

Alta modalitate de plata (necesita aprobarea Asiguratorului) .....

### Solicit plata urmatoarelor indemnizatii:

1	Asigurare de baza	<input type="checkbox"/> Deces
2	ADIS	<input type="checkbox"/> Invaliditate permanenta din accident
3	PD	<input type="checkbox"/> Invaliditate permanenta de gradul I
4	CI/DD	<input type="checkbox"/> Imbolnavire grava
5	SIA/SIAD	<input type="checkbox"/> Interventie chirurgicala ca urmare a unui accident sau ca urmare a unei boli
6	FRB/FRA	<input type="checkbox"/> Fracturi si Arsuri
7	HA/HAD	<input type="checkbox"/> Spitalizare ca urmare a unui accident sau ca urmare a unei boli
8	ITM	<input type="checkbox"/> Incapacitate temporara de munca din accident
9	SOM	<input type="checkbox"/> Pierdere involuntara a locului de munca
10	CMD/CMA	<input type="checkbox"/> Cheltuieli medicale ca urmare a unui accident sau a unei boli

Declar ca datele incluse in aceasta fisa sunt reale si in conformitate cu informatiile de care dispun. Prin completarea acestui formular, sunt constient ca Allianz-Tiriac Asigurari prelucreaza datele mele cu caracter personal (conform prevederilor legale in vigoare (Regulamentul (UE) 2016/679) , aceste date fiind indispensabile in vederea acordarii despagubirii / beneficiului pe care il solicit. Informatii detaliate privind drepturile persoanelor vizate sunt afisate la sediile Allianz-Tiriac si pe [www.allianztiriac.ro](http://www.allianztiriac.ro).

Sunt de acord sa primesc materiale informative de la Allianz Tiriac Asigurari SA prin mijloacele de comunicare preferate.

Allianz-Tiriac Asigurari SA este Operator date cu caracter personal nr. 779 .Cunosc ca am dreptul de informare, de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizez, dreptul de interventie asupra acestora, dreptul de opozitie, blocare, stergere, dreptul de a nu fi supus unei decizii automate individuale, precum si dreptul de a ma adresa ANSPDCP si/sau justitiei.

Data si locul semnării solicitării	Semnatura Asiguratului	Semnatura Beneficiarului	Semnatura Intermediarului
------------------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------