

SOLICITARE SERVICII MEDICALE INCLUSE ÎN PACHETUL DE SARCINĂ

Nr.: Data:

I. DATE DE IDENTIFICARE

1. NUME SI PRENUME _____	
2. CONTRACTANT POLITA _____	
3. NUMAR POLITA _____	4. CNP _____
5. NUMAR DE TELEFON _____	6. ADRESA DE E-MAIL _____
7. VARSTA SARCINII* _____ (saptamani)	

II. INFORMATII DESPRE INSTITUTIA MEDICALA PARTENERA ALLIANZ-TIRIAC ASIGURARI

8. DENUMIRE CENTRU MEDICAL _____
9. ADRESA _____

* Varsta sarcinii se completeaza conform scrisorii medicale primita din partea medicului examinator, care se va anexa prezentului formular

III. PROTOCOL DE ACCESARE A SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE IN PACHETUL DE SARCINA

Serviciile medicale incluse în Pachetul de sarcină pot fi efectuate în cadrul unui singur centru medical partener Allianz Tiriac (incluzând subcontractorii acestuia). În acest sens, vă rugăm să consultați lista actualizată a partenerilor medicali Allianz Tiriac, disponibilă pe site-ul: www.allianztiriac.ro.

Prezentul formular completat în întregime, se va transmite către Allianz Tiriac Asigurări, Sediul Central, în atenția Departamentului Daune Viață și Sănătate (e-mail daune.sanatate@allianztiriac.ro).

În termen de 5 zile lucrătoare de la primirea solicitării, va fi transmis pe e-mail la adresa menționată de dumneavoastră, *Formularul de autorizare pentru servicii medicale incluse în Pachetul de sarcină*.

Pentru fiecare accesare a serviciilor medicale, vă rugăm să prezentați medicului examinator Formularul de autorizare pentru servicii medicale furnizat de către Asigurător, documentul de identitate și un document medical care să ateste trimestrul de sarcină în care vă aflați.

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 optiune 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 că 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.

Sunt de acord cu informațiile de mai sus și certific corectitudinea lor. Am luat la cunoștință că serviciile medicale Incluse în pachetul de sarcină pot fi accesate doar în cadrul rețelei de parteneri medicali Allianz Tiriac.

DATA SOLICITĂRII

SEMNĂTURA ASIGURATEI

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE A FORMULARULUI PENTRU SOLICITAREA SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PACHETUL DE SARCINĂ

I. DATE DE IDENTIFICARE: aceste date se vor complete de catre Asigurata dupa cum urmeaza:

1. Numele si prenumele;
2. Compania angajatoare - se va menționa numele Angajatorului, conform cardului de asigurat;
3. Numărul poliței de asigurare;
4. CNP - Cod numeric personal - conform documentului de identitate;
5. Numărul de telefon (preferabil număr telefon mobil);
6. Adresa de email;
7. Vârsta sarcinii, conform unui document medical care să ateste vârsta sarcinii în care vă aflați.

II. INFORMAȚII DESPRE INSTITUȚIA MEDICALĂ PARTENERĂ ALLIANZ ȚIRIAC – se completează date despre instituția medical aleasă de dvs. pentru efectuarea serviciilor medicale, după cum urmează:

8. Denumirea instituției medicale;
9. Adresa instituției medicale (județ, localitate, str., etc);

Pentru decontarea costului serviciilor medicale prestatorul de servicii are dreptul să oprească o copie a formularului după fiecare completare a acestuia.

Asigurata va păstra originalul și îl va putea folosi pentru toate serviciile medicale incluse în pachetul de sarcină.

Pentru detalii sau informații suplimentare vă rugăm să sunați la numerele de telefon:

Infoline (24 ore): 021 201 91 00