

RAPORT DE CONSTATARE EVENIMENT MEDICAL

1. Asigurător: ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A.

2. Serviciul Call-Center: 021 20 19 100, program: Luni-Duminică: 07:00-21:00 în limba română, Non-Stop, în limba engleză

3. Instituție medicală: _____ Adresa: _____

4. Asigurat: _____

5. Cod numeric personal: _____ 6. Număr de telefon: _____

7. Informații despre starea de sănătate a Asiguratului

Simptomatologie la momentul examinării medicale și debutul acesteia	Istoricul afecțiunilor

8. Diagnostic

Nr.	Prezuntiv pentru manifestările curente	Definitiv pentru manifestările curente	COD ICD 10
1.			
2.			
3.			

9. Informații despre cauza și stadiul afecțiunii medicale principale

AFECTIUNE ACUTĂ	<input type="checkbox"/>	ACCIDENT	<input type="checkbox"/>
PUSEU ACUT AL UNEI BOLI CRONICE ȘI/SAU AL UNEI AFECȚIUNI PRE-EXISTENTE	<input type="checkbox"/>	MONITORIZARE BOALĂ CRONICĂ	<input type="checkbox"/>

10. Servicii medicale efectuate

	Data efectuării
1.	
2.	
3.	

11. Servicii medicale recomandate

	Data efectuării
1.	
2.	
3.	

12. Tratament recomandat

--

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-Țiriac Asigurări. Prin prezenta opțiune îmi exprim consimțământul expres pentru următoarele:

Societatea SC Allianz-Țiriac 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 oricărui 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-Țiriac Asigurări SA și îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informații.

Am luat la cunoștință că SC Allianz-Țiriac 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-Țiriac 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-Țiriac 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-Țiriac 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-Țiriac Asigurări cu privire la prelucrarea datelor mele personale în scopul soluționării cererii de daune conform notei de informare a Allianz-Țiriac Asigurări de care am luat la cunoștință.

SEMNĂTURA PACIENT

SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ MEDICULUI

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE A RAPORTULUI DE CONSTATARE EVENIMENT MEDICAL

Pentru fiecare accesare a serviciilor medicale oferite de un furnizor de servicii medicale din afara rețelei Allianz Țiriac Asigurări se va completa un Raport de constatare eveniment medical.

Formularul va cuprinde următoarele informații, după cum urmează:

1. Denumirea Asiguratului
2. Datele de contact ale Asiguratului
3. Denumirea furnizorului medical și adresa;
4. Numele și prenumele Asiguratului
5. Codul numeric personal va fi preluat din documentul de identitate al Asiguratului
6. Numărul de telefon al Asiguratului;
7. Se vor detalia simptomele Asiguratului în momentul examinării, debutul acestora precum și istoricul afecțiunilor;
8. În urma consultației sau investigațiilor medicale, se stabilește un diagnostic prezumtiv sau definitiv. Se va completa denumirea clară a diagnosticului însoțit de codul ICD 10 corespunzător
9. Informații despre cauza și stadiul afecțiunii medicale principale;
10. Se vor menționa următoarele: clasa de servicii medicale acordate (consultații medicale, analize de laborator, investigații medicale, proceduri medicale);
11. Se vor menționa detaliat serviciile medicale recomandate;
12. Medicul examinator va completa tratamentul recomandat în urma serviciilor medicale efectuate.

IMPORTANT: Formularul va fi semnat și parafat de către medicul care a efectuat serviciul medical și semnat de către pacient.

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

Serviciul Call-Center: **021 20 19 100**

Program: Luni-Duminică: 07:00-21:00 în limba română; NonStop în limba engleză