|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formular pentru anunțul evenimentului asigurat**  **Asigurarea de deces privată cu plata indemnizației de asigurare în “24 de ore”** | | | |
|  | | | |
| Pentru detalii privind anunțarea unui eveniment asigurat, apelați Centrul de Relații Clienți Alo Groupama 0374.110.110 | | | |
|  | | | |
| 1. **Datele de identificare ale poliței de asigurare și asiguratului**  |  | | --- | | **Număr polița** | | **Nume și prenume** | | **CNP** | | | | |
|  | | | |
| 1. **Detalii eveniment asigurat**  |  |  | | --- | --- | | **Diagnosticare** | **Deces** | | tumoră malignă stadiul 3/ 4 | boală – detalii | | scleroză multiplă/ scleroză în plăci | accident | | accident vascular cerebral | sinucidere | | leucemie |  | | | | |
| 1. **Documente necesare** | | | |
| În caz de diagnosticare cu una din afecţiunile de mai sus:   * raportul medical/ scrisoarea medicală/ referatul medical * copia actului de identitate al asiguratului | | În caz de deces:   * copia certificatului de deces * copia actului de identitate al beneficiarului | |
| Vă rugăm să transmiteți acest formular la adresa [avizare24ore@groupama.ro](mailto:avizare24ore@groupama.ro) împreună cu documentele aferente. | | | |
|  | | | |
| 1. **Datele de identificare ale beneficiarului**  |  | | --- | | **Nume și prenume**       *(se completeaz*ă *doar dac*ă *este diferit de asigurat)* | | **CNP**      *(se completeaz*ă *doar dac*ă *este diferit de asigurat)* | | **Număr de telefon** | | **Adresă de email**       *(se va utiliza pentru corespondența electronică oficială)* | | | | |
|  | | | |
| 1. **Informaţii necesare efectuării plăţii**   Declar că sunt de acord ca plata indemnizaţiei să fie efectuată în contul bancar: | | | |
| |  | | --- | | **Cont IBAN**  RO | | Banca | | Titular cont       *(beneficiarul poliței)* | | | | |
| 1. **Prelucrarea datelor cu caracter personal**   Prin semnarea prezentei, declar că am luat cunoștință de Nota de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal a Groupama Asigurări, inclusiv că pot consulta oricând cea mai recentă versiune a acestui document pe site-ul companiei, accesând [https://www.groupama.ro/politica](http://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate)-de-[confidentialitate](http://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate). În situația în care consider că drepturile mele nu au fost respectate, pot sesiza acest fapt la adresa de e-mail [dpo@groupama.ro](mailto:dpo@groupama.ro%20) sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.  Înțeleg că nesemnarea acestui formular duce la imposiblitatea evaluării dosarului. | | | |
|  | | | |
| În vederea soluționării eventualelor dispute cu Groupama Asigurări în calitate de asigurător, clienții au dreptul de a se adresa SAL-Fin, Entitatea de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar. Pentru informații suplimentare accesați [https://www.groupama.ro/utile/solutionarea-alternativ](http://www.groupama.ro/utile/solutionarea-alternativa-a-litigiilor)a[-a-litigiilor](http://www.groupama.ro/utile/solutionarea-alternativa-a-litigiilor). | | | |
| **Beneficiar/ Asigurat** |  | | Data |
| *(nume, prenume, semnătură)* | | | |