|  |
| --- |
| **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 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 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)* |