

Formular pentru anunțul evenimentului asigurat Asigurări Sănătate

Pentru detalii privind anunțarea unui eveniment asigurat, apelezi Centrul de Relații Clienți Alo Groupama 0374.110.110

A. Datele de identificare ale poliței de asigurare și asiguratului

Nr. poliță de asigurare _____
Nume și prenume asigurat _____ CNP _____
Nume și prenume solicitant _____ (se completează doar dacă este diferit de asigurat)
Număr de telefon _____ Adresă email _____ (se va utiliza pentru corespondența electronică oficială)
Nume contractant _____

B. Informații necesare efectuării plății

Cont IBAN RO _____

Banca _____

Titular cont * _____ (beneficiarul poliței)

* În cazul plății în contul unui terț, vă rugăm să atașați o copie CI a terței persoane și să precizați motivul pentru care se dorește plata în contul acesteia _____

Vă informăm că valoarea indemnizației de asigurare poate fi diferită de valoarea serviciilor accesate și achitate la furnizorii medicali, în conformitate cu mențiunile din contractul de asigurare.

C. Detalii eveniment asigurat

Data evenimentului _____

Servicii medicale în ambulator (ex: investigații, analize, consultații)

Intervenții chirurgicale cu internare/ spitalizare/ naștere

D. Documente necesare

Vă rugăm să transmiteți acest formular la adresa documente@groupama.ro împreună cu următoarele documente, în funcție de evenimentul produs:

Servicii medicale în ambulator (ex: investigații, analize, consultații)

- Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat - Asigurări Sănătate;
- Copie carte identitate asigurat, solicitant, beneficiar plată/ pașaport pentru persoanele rezidente;
- Pentru consultații/ controale medicale:
 - Raport medical, emis după efectuarea serviciului medical (ștampilat, datat, semnat, emis pe numele persoanei asigurate);
- Pentru alte servicii medicale:
 - Recomandare medicală pentru efectuarea serviciului medical (ștampilată, datată, semnată, emisă pe numele persoanei asigurate)
 - Rezultat investigații, emis după efectuarea serviciului medical (ștampilat, datat, semnat, emis pe numele persoanei asigurate);
- Factură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat*;
- Bon fiscal/ document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical.

*În cazul în care factura nu este detaliată, vă rugăm atașați anexa la bonul fiscal, cu defalcarea costurilor și serviciilor medicale.

Intervenții chirurgicale cu internare/ Spitalizare fără intervenție chirurgicală /Naștere:

- Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat - Asigurări Sănătate;
- Copie carte identitate asigurat, solicitant, beneficiar plată/ pașaport pentru persoanele rezidente;
- Bilet de externare, cu mențiunea perioadei de spitalizare (ștampilat, datat, semnat, emis pe numele persoanei asigurate);
- Documente medicale din care să rezulte data primei diagnosticări: istoric medical medic de familie/ adeverință medicală/ bilete de ieșire din spital/ raport medical (în situația în care este necesară verificarea afecțiunilor pre-existente);

Groupama Asigurări S.A.

- Factură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat;
- Bon fiscal/ document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical;
- Declarația persoanei asigurate privind circumstanțele producerii evenimentului asigurat (pentru evenimente din accident);
- Proces verbal emis de organele competente, rezultate analiză toxicologică, alcoolemia (pentru evenimente din accident).

În funcție de informațiile transmise, Groupama Asigurări își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare, absolut necesare evaluării evenimentului care să ateste producerea acestuia, în conformitate cu prevederile Condițiilor contractuale, de exemplu: copia foii/ foilor de observație/ referat medical întocmit de către medicul curant/ referat medical întocmit de medicul de familie/ alte documente emise de către autoritățile legale în funcție de natura evenimentului asigurat.

E. Prelucrarea datelor cu caracter personal

În vederea soluționării eventualelor dispute cu Groupama Asigurări în calitate de asigurător, consumatorii au dreptul de a se adresa SAL-Fin – Entitatea de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar. Pentru informații suplimentare vă rugăm să accesați <https://www.groupama.ro/utile/solutionarea-alternativa-a-litigiilor>.

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 următorul <https://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 ne semnarea acestui formular duce la imposibilitatea evaluării dosarului.

Solicitant

Asigurat

Data _____

(nume, prenume, semnătură)

(nume, prenume, semnătură)