



Groupama

Formular pentru anunțarea evenimentului asigurat Asigurări Sănătate

Pentru detalii privind anunțarea unui eveniment asigurat, vă rugăm să apelați la Centrul de Relații Clienți Alo Groupama 0374.110.110

A. Date de identificare ale Asiguratului

Nume și prenume asigurat

CNP

Număr de telefon

Nume solicitant (dacă este diferit de asigurat)

Adresă email (se va utiliza pentru corespondența electronică oficială)

Nr. polița de asigurare

Nume contractant

B. Informații necesare efectuării plății

Cont IBAN

Banca

Titular cont *

* În cazul plății în contul unui terț, vă rugăm să atașați o copie a 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. Date despre evenimentul produs

Data eveniment:

Tip eveniment :

- Servicii medicale în ambulator (ex: investigații, analize, consultații)
- Intervenții chirurgicale cu internare/ spitalizare/ naștere
- Cheltuieli medicale (ex. medicamente, proteze, tratament dentar de urgență, transportul cu ambulanța, etc)

D. Documente necesare

Vă rugăm să transmiteți la adresa de email documente@groupama.ro 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);
- 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);

Cheltuieli medicale (ex. medicamente, proteze, tratament dentar de urgenta, transportul cu ambulanța):

- Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat - Asigurări Sănătate;
- Copie carte identitate asigurat, solicitant, beneficiar plată/ pașaport pentru persoanele rezidente;
- Raport medical/ Prescripție medicală /Rețeta cu mențiunea diagnosticului stabilit (ștampilat/a, datat/a, semnat/a, emis/a pe numele persoanei asigurate);
- Factură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat/ achiziționat;
- Bon fiscal/ document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical;

E. Acord date medicale

Îmi exprim acordul/ declar ca am acordul expres al asiguratului cu privire la:

- transmiterea în mod direct, fără întreprinderea vreunei alte formalități, la solicitarea scrisă a Groupama Asigurări S.A., de informații din istoricul medical și privind situația medicală către Groupama Asigurări S.A., referitor atât la perioada anterioară încheierii contractului de asigurare, cât și ulterior, pe parcursul derulării contractului, în vederea stabilirii stării mele de sănătate, necesare evaluării evenimentului și stabilirii întinderii obligației de plată a indemnizației de asigurare,
- împuternicirea reprezentanților prestatorului de servicii medicale de a prelucra informațiile în vederea transmiterii unei copii a istoricului meu medical către Groupama Asigurări S.A.

Înțeleg și sunt de acord/ am acordul asiguratului cu privire la faptul că, pe parcursul derulării contractului de asigurare, în situația producerii unui eveniment asigurat în baza căruia se solicită despăgubiri, în funcție de natura evenimentului asigurat și 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, ca 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 autorități ale statului/ unități medicale.

Împuternicesc în mod expres/ declar ca am acordul expres al asiguratului ca asigurătorul să desfășoare orice fel de investigații, să ceară documente medicilor curanți, care pot duce la evaluarea completă a stării mele de sănătate, să facă toate demersurile pentru obținerea documentelor necesare stabilirii întinderii obligației de plată a indemnizației de asigurare pentru evenimentul pentru care se depune prezentul dosar de daună, exonerând de orice răspundere, inclusiv penală, contravențională, administrativă, civilă atât cadrele medicale care au efectuat consultații/ tratamente/ investigații, în ceea ce privește păstrarea secretului profesional medical, cât și orice instituție publică sau privată ce deține informații cu privire la starea de sănătate și la istoricul meu medical, în ceea ce privește dezvăluirea de date personale confidențiale în scopul mai sus menționat.

F. 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 nesemnarea acestui formular duce la imposibilitatea evaluării dosarului.

Solicitant

Asigurat

Data

(nume, prenume, semnătură)

(nume, prenume, semnătură)