|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formular pentru anunțarea evenimentului asigurat** Asigurarea de Viață – accidente  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. **Datele de identificare ale asiguratului** | | | | | | | | | | | | | | Nume și prenume asigurat | | | | |  | | | | | | | | | CNP |  | | | | | | | | | Număr de telefon | |  | | Adresă email *(se va utiliza pentru corespondența electronică oficială)* | | | | | | | | |  | | | | | Număr poliță de asigurare | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 1. **Date de identificare ale Beneficiarului** (*se completează doar dacă este diferit de asigurat*) | | | | | | | | | | | | | | Nume și prenume beneficiar | | | | |  | | | | | | | | | CNP |  | | | | | | | | | Număr de telefon | |  | | Adresă email *(se va utiliza pentru corespondența electronică oficială)* | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 1. **Detalii eveniment asigurat** | | | | | | | | | | | | | | Data evenimentului | | | |  | | | | | | | | | | **Tip eveniment :** | | | | | | | | | | | | | | Deces  Intervenție chirurgicală  Fracturi  Boala gravă | | | | | | | Deces din accident  Spitalizare  Arsuri  Boala profesională | | | | Invaliditate permanentă parțială sau totală  Incapacitate temporară de muncă  Cheltuieli medicale  Șomaj | | | **Detalii eveniment :** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 1. **Informaţii necesare efectuării plăţii** | | | | | | | | | | | | | | **Cont IBAN** | | |  | | | | | | | | | | | 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 în conformitate cu mențiunile din contractul de asigurare. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 1. **Acord date medicale** | | | | | | | | | | | | | | Îmi exprim acordul cu privire la:   * transmiterea în mod direct, fără întreprinderea vreunei alte formalități, la solicitarea 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 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 că 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 dauna, 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 sănatate și la istoricul meu medical, în ceea ce privește dezvăluirea de date personale confidențiale în scopul mai sus menționat. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 1. **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 link-ul [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).  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 link [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) sau Autorițătii Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal. * Înțeleg că nesemnarea acestui formular duce la imposiblitatea evaluării dosarului. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Asigurat / Beneficiar | | | | | | | |  | | | Data: | | | (nume, prenume, semnătură) | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |

**Anexa: Tabel documente necesare întocmirii dosarului de daună în funcție de evenimentul produs**

|  |  |
| --- | --- |
| Deces | * + Copie certificat deces   + Copie certificat medical constator al decesului |
| Deces din accident | * + Copie certificat deces   + Copie certificat medical constator al decesului   + Procesul verbal încheiat de autorităţile competente sau orice acte care pot arăta circumstanţele producerii accidentului, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia *(dacă a fost conducător auto).* |
| Invaliditate permanentă parțială sau totală | * Decizie asupra capacitaţii de munca din care să rezulte gradul de invaliditate al persoanei asigurate; * Un act medical din care să rezulte clar, evident, data primei diagnosticări cu afecțiunea/ afecțiunile care au condus la stabilirea gradului de invaliditate a persoanei asigurate. |
| Intervenție chirurgicală | * + Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistenţa medicală (*bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală* ) |
| Spitalizare | * Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistenţa medicală (*bilet de ieșire din spital/ raport medical/scrisoare medical*) |
| Incapacitate temporară de muncă | * + Documente medicale care să cuprindă diagnosticul în urma căruia a fost recomandat concediu medical (*bilet de ieșire din spita/, raport medical/ scrisoare medicală*)   + Copie după certificatul de concediu medical |
| Fracturi | * Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistenţa medicală (*bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală / fișa de la UPU*) |
| Arsuri | * + Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistenţa medicală (*bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală/ fișa de la UPU*) |
| Cheltuieli medicale | * + Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistenţa medicală (*bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală*)   + Rețele medicale semnate și parafate de medic care să cuprindă diagnosticul și medicamentele prescrise   + Notele de plată, facturi/ chitanţe aferente cheltuielilor efectuate |
| Boala gravă | * + Documente medicale din partea unui medic specialist prin care se atestă existența unei boli grave și/ sau necesitatea efecturăii unei intervenții chirurgicale acoperite prin prezenta asigurare   + Rezultatul examenului de specialitate în urma căruia a fost stabilit diagnosticul |
| Boala profesională | * + Certificate medicale care să cuprindă diagnosticul precis stabilit de medicii de specialitate   + Adeverinţă de înregistrare a bolii profesionale de la Inspectoratul de poliţie sanitară şi medicină preventivă şi Inspectoratul pentru protecţia muncii, care să ateste boala profesională și factorul nociv care a declanșat-o |
| Șomaj | * Decizia prin care s-a încetat contractul de muncă * Carnet de evidența șomaj vizat/ Adeverința de înscriere la Agenția Județeană de ocupare a Forțelor de Muncă. |
| * Ne rezervăm dreptul de a solicita și alte documente suplimentare și/ sau documente de plată în original aferente cheltuielilor efectuate, pe care le considerăm necesare pentru evaluarea și calculul corect al cuantumului despăgubirii. * Documentele emise într-o limbă străina vor fi însoțite de traducere, costul traducerii fiind suportat de către asigurat. | |