

Formular pentru anunțul evenimentului asigurat Asigurarea de Viață - Life

A. Datele de identificare ale poliței de asigurare și asiguratului

Nr. polița de asigurare / Banca emitentă a cardului cu asigurare atașată _____
Nume și prenume asigurat _____ CNP _____
Număr de telefon _____ Adresă email _____ (se va utiliza pentru corespondența electronică oficială)

B. 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)

C. Detalii eveniment asigurat

Data evenimentului _____

Tip eveniment :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deces | <input type="checkbox"/> Deces din accident | <input type="checkbox"/> Invaliditate permanentă parțială sau totală |
| <input type="checkbox"/> Intervenție chirurgicală | <input type="checkbox"/> Spitalizare | <input type="checkbox"/> Incapacitate temporară de muncă |
| <input type="checkbox"/> Fracturi | <input type="checkbox"/> Arsuri | <input type="checkbox"/> Cheltuieli medicale |
| <input type="checkbox"/> Boala gravă | <input type="checkbox"/> Boala profesională | <input type="checkbox"/> Șomaj |

Detalii eveniment :

D. Informații necesare efectuării plății

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.

E. Documente necesare

Vă rugăm să transmiteți acest formular la adresa documente@groupama.ro :

- Formularul pentru anunțarea evenimentului
- Copie carte de identitate solicitant
- Documentele medicale regăsite în anexa tabel, în funcție de evenimentul produs (atașată prezentului formular)

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-

Groupama Asigurări S.A.

Sediul central: Str. Mihai Eminescu nr. 45, sector 1, 010513, București, România
Capital social subscris și vărsat: 122.648.464 lei; CUI 6291812; RC: J40/2857/2010; Cod LEI549300EO4TPESE4LEE73
Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub nr. RA – 009; Operator de date cu caracter personal 10152;
Alo Groupama 0374 110 110; Fax: 0040 21 310 99 67; www.groupama.ro; office@groupama.ro

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.

Asigurat / Beneficiar

Data _____

(nume, prenume, semnătură)

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

Deces	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie certificat deces ▪ Copie certificat medical constator al decesului
Deces din accident	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie certificat deces ▪ Copie certificat medical constator al decesului ▪ Procesul verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia (<i>dacă a fost conducător auto</i>).
Invaliditate permanentă parțială sau totală	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decizie asupra capacității 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistența medicală (<i>bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală</i>)
Spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistența medicală (<i>bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală</i>)
Incapacitate temporară de muncă	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente medicale care să cuprindă diagnosticul în urma căruia a fost recomandat concediu medical (<i>bilet de ieșire din spital, raport medical/ scrisoare medicală</i>) ▪ Copie după certificatul de concediu medical
Fracturi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistența medicală (<i>bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală / fișa de la UPU</i>)
Arsuri	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistența medicală (<i>bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală/ fișa de la UPU</i>)
Cheltuieli medicale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente medicale care să cuprindă diagnosticul pentru care s-a primit asistența medicală (<i>bilet de ieșire din spital/ raport medical/ scrisoare medicală</i>) ▪ Rețetele medicale semnate și parafate de medic care să cuprindă diagnosticul și medicamentele prescrise ▪ Notele de plată, facturi/ chitanțe aferente cheltuielilor efectuate
Boala gravă	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente medicale din partea unui medic specialist prin care se atestă existența unei boli grave și/ sau necesitatea efectuării unei intervenții chirurgicale acoperite prin prezenta asigurare ▪ Rezultatul examenului de specialitate în urma căruia a fost stabilit diagnosticul
Boala profesională	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificate medicale care să cuprindă diagnosticul precis stabilit de medicii de specialitate ▪ Adeverință de înregistrare a bolii profesionale de la Inspectoratul de poliție sanitară și medicină preventivă și Inspectoratul pentru protecția muncii, care să ateste boala profesională și factorul nociv care a declanșat-o
Șomaj	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decizia prin care s-a încetat contractul de muncă ▪ Carnet de evidența șomaj vizat/ Adeverință de înscriere la Agenția Județeană de ocupare a Forțelor de Muncă.
<ul style="list-style-type: none"> • 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 străină vor fi însoțite de traducere, costul traducerii fiind suportat de către asigurat. 	