Asirom
VIENNA INSURANCE GROUP

CERERE

de plată a drepturilor din asigurare la asigurările de viata, accidente si calatorie in strainatate

SINDICATUL LIBER INVATAMINT DAMBOVITA

AGENTIA ASIROM :_____
Nr. înregistrare_____ **din data** ___/___/_____

Subsemnatul/a : Nume, Prenume: _____ ,CNP (echivalent pentru persoane străine):_____,Cetătenia1):_____Cetătenia2):_____Cetătenia3): _____ Rezidentă fiscală: SUA Non SUA* _____ , BI/CI: seria:_____nr._____, cu Domiciliul/Reședintă în str._____, nr._____ , bl.____, sc._____, et._____, ap.____, Localitatea:_____ Judet/sector:_____, Telefon: _____ având calitatea de: _____**, în cadrul contractului de asigurare cu polita nr. 100013607749 cu valabilitatea pana la data **27/09/2022**, prin prezenta solicit:

Suma cuvenită din asigurare ca urmare a _____***) să fie virată *(bifati varianta aleasă)*:

☐ la caseria BCR, prin serviciul CASH BCR;

☐ în contul subsemnatului, conform extras de cont atașat

Evenimentul asigurat a avut loc la data de _____, in următoarele împrejurări_____:

_____

_____

_____

_____

_____

☐ altele ****) _____

Atașez prezentei cereri următoarele documente :

_____

*) ***se specifică statul unde exista obligatia fiscală***

) ***se specifică una din calitătile: Contractant, Asigurat, Beneficiar, Moștenitor legal al asiguratului, Reprezentant legal al asiguratului / beneficiarului / moștenitorului legal (în cazul în care aceștia sunt minori).*

***) ***se specifică felul plătii** : expirare, deces , răscumpărare, invaliditate, etc.*

****) ***se specifică felul solicitării** : plata drepturilor din asigurare dintr-o dată / sub formă de pensie, compensare – se va înscrie suma ce se dorește a fi retinută din drepturile din asigurare*

*****) ***se anulează** ce nu corespunde solicitării formulate în cerere.*

Nota: In cazul in care solicitantul are mai mult de o cetătenie se vor completa în mod obligatoriu următoarele date:

Nr. de înregistrare fiscală din SUA / Non SUA:

Formularul cuprinzând Declaratia de rezidentă fiscală CRS/DAC2/FATCA

Am luat la cunoștintă că:

- destinatarii cărora le pot fi dezvăluite aceste date sunt: partenerii contractuali ai ASIROM, autorităti publice centrale / locale, societăti de asigurare si reasigurare, furnizori de servicii de marketing, agenti / brokeri care au relatii profesionale cu ASIROM.
- am drept de informare, de acces, de opozitie, de interventie, de a nu fi supus unei decizii individuale și de a mă adresa justitiei asupra/cu referire la aceste date și pot să-mi exercit aceste drepturi adresându-mă ASIROM printr-o cerere scrisă semnată și datată.

Doresc să primesc informare privind respingerea cererii de plată a drepturilor din asigurare / motivul neachitării drepturilor din asigurare pe următoarea adresa de e-mail:

Data: ___/___/_____

Semnătura solicitant:

DECLARATIE ȘI CONSIMTĂMÂNT
PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Subsemnatul (a),_____, domiciliat (a) în_ si cu CNP

declar că am citit și că am înteles continutul Notei de informare cu privire la prelucrarea de către ASIROM a datelor cu caracter personal (declar de asemenea că am fost informat asupra faptului că această Notă de Informare o pot consulta oricând pe site-ul ASIROM la www.asirom.ro) și că îmi exprim consimtământul liber, specific, informat și lipsit de ambiguitate pentru următoarele:

Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie utilizate de ASIROM în scopul de a mă informa cu privire la oferte de asigurare, promotii sau noi produse de asigurare.

☐ Sunt de acord ☐ Nu sunt de acord

Textul de mai jos se va completa doar pentru colectarea datelor privind sănătatea la ofertarea politei. Dacă nu sunt colectate în vederea ofertării / emiterii, atunci se va introduce în formularul pentru obtinerea despăgubirii:

Pentru derularea contractului de asigurare ASIROM are acordul meu expres și este pe deplin autorizată să contacteze orice medic curant, institutie medicală publică sau privată sau orice altă institutie care m-a tratat și detine informatii referitoare la istoricul meu medical și să obtină date, documente și / sau informatii privind starea mea de sănătate (inclusiv: starea mea fiziologică și/sau patologică, investigatii și analize efectuate, tratamente administrate și cure prescrise de către medici), în măsura în care aceste date sunt necesare în vederea încheierii și executării Contractului de asigurare, respectiv a solutionării dosarului de daună, respectiv stabilirii cauzelor și circumstantelor producerii riscului asigurat și declar că îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informatii, în conformitate cu prevederile Legii nr. 46/2003.
Sunt de acord ca datele indicate mai sus (istoricul mei medical) să fie transmite către ASIROM și către alti reasigurători/ spitale/ medici, doar în scopul de a determina cuantumul despăgubirii datorate pentru riscul asigurat respectiv de a instrumenta dosarul de daună.
În lipsa retragerii în mod expres, în formă scrisă, a acordului și în lipsa comunicării acesteia tuturor persoanelor interesate, autorizarea mentionată mai sus își mentine valabilitatea pe toată durata vietii, cât și după deces, până la momentul
finalizării dosarului de daună și nu poate fi folosită decât în contextul analizei medicale a unui dosar de daună deschis în numele meu.

☐ Sunt de acord ☐ Nu sunt de acord

Sunt de acord și înteleg că pentru îndeplinirea obligatiilor ASIROM din contractul de asigurare și acordarea despăgubirilor ASIROM are obligatia legală de a documenta cazul care determină plătirea indemnizatiei de asigurare sau a despăgubirii, datele fiind colectate pentru îndeplinirea obligatiilor legale ale ASIROM, respectiv: evaluarea riscului asigurat, determinarea cuantumului despăgubirii, accesarea serviciilor medicale asigurate și decontarea acestora.

Fără a vă constrânge sau influenta decizia dvs. fată de cele solicitate mai sus, vă mentionăm că societatea ASIROM nu va putea instrumenta dosarul/ele de daună avizat/e de dvs. sau de către beneficiari fără a avea acces la datele mentionate. Refuzul cu privire la prelucrarea datelor personale de sănătate sau retragerea consimtământului dumneavoastră, cât și neasigurarea cadrului necesar pentru ca informatiile să intre în posesia ASIROM, lipsește de efecte contractul de asigurare din culpa dumneavoastră și pune ASIROM în imposibilitatea obiectivă de a solutiona eventualele pretentii de despăgubiri.

Declar că reprezint cu drepturi depline minorii incluși în această asigurare și că sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal ale acestora privind sănătatea, date necesare pentru încheierea și/sau executarea contractului de asigurare.

Semnătura Asigurat, Data completării,

....

(nume/prenume în clar, semnătura)