

C E R E R E
de plată a drepturilor din asigurare la asigurările de viață, accidente și călătorie în străinătate
SINDICATUL INDEPENDENT DIN INVATAMANTUL PREUNIVERSITAR SECTOR 4

AGENTIA ASIROM : _____
Nr. înregistrare _____ din data ___/___/_____

Subsemnatul/a : Nume, Prenume: _____, CNP (echivalent pentru persoane străine): _____, Cetățenia1): _____ Cetățenia2): _____ Cetățenia3): _____ Rezidentă fiscală: SUA Non SUA* _____, BI/CI: seria: _____ nr. _____, cu Domiciliul/Reședință în str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, Localitatea: _____ Județ/sector: _____, Telefon: _____ având calitatea de: _____ **, în cadrul contractului de asigurare cu polița nr. **100015198218** cu valabilitatea până la data **15/01/2024**, prin prezenta solicit:

Suma convenită 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 _____, în următoarele împrejurări _____:

altele ****) _____

Atașez prezentei cereri următoarele documente :

*) *se specifică statul unde există obligația fiscală*

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

***) *se specifică felul plății: 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 reținută din drepturile din asigurare*

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

Nota: În cazul în care solicitantul are mai mult de o cetățenie se vor completa în mod obligatoriu următoarele date:

Nr. de înregistrare fiscală din SUA / Non SUA:

Formularul cuprinzând Declarația de rezidentă fiscală CRS/DAC2/FATCA

Am luat la cunoștință că:

- destinatarii cărora le pot fi dezvăluite aceste date sunt: partenerii contractuali ai ASIROM, autorități publice centrale / locale, societăți de asigurare și reasigurare, furnizori de servicii de marketing, agenți / brokeri care au relații profesionale cu ASIROM.

- am drept de informare, de acces, de opoziție, de intervenție, de a nu fi supus unei decizii individuale și de a mă adresa justiției 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 adresă de e-mail:

Data: ___/___/_____

Semnătura solicitant:

**DECLARAȚIE ȘI CONȘIMȚĂMÎNT
PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul (a), _____, domiciliat (a) în _____ și cu CNP _____

declar că am citit și că am înțeles conținutul 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 consimțământul 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, promovii 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 obținerea 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 obțină 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 soluționării dosarului de daună, respectiv stabilirii cauzelor și circumstanțelor 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 transmise către ASIROM și către alți 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 menționată mai sus își menține valabilitatea pe toată durata vieții, 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 înțeleg că pentru îndeplinirea obligațiilor ASIROM din contractul de asigurare și acordarea despăgubirilor ASIROM are obligația legală de a documenta cazul care determină plățirea indemnizației de asigurare sau a despăgubirii, datele fiind colectate pentru îndeplinirea obligațiilor legale ale ASIROM, respectiv: evaluarea riscului asigurat, determinarea cuantumului despăgubirii, accesarea serviciilor medicale asigurate și decontarea acestora.

Fără a vă constrânge sau influența decizia dvs. față de cele solicitate mai sus, vă menționăm 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 menționate. Refuzul cu privire la prelucrarea datelor personale de sănătate sau retragerea consimțământului dumneavoastră, cât și neasigurarea cadrului necesar pentru ca informațiile să intre în posesia ASIROM, lipsește de efecte contractul de asigurare din culpa dumneavoastră și pune ASIROM în imposibilitatea obiectivă de a soluționa eventualele pretenții 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)

.....