

Cerere de solicitare a indemnizației de asigurare: spitalizare și/ sau incapacitate temporară de muncă

Detalii contract

Număr contract		Tip produs	
Nume Contractant (dacă este diferit de Asigurat)	CNP/CUI		
Nume Asigurat	CNP		
Detaliile bancare ale Asiguratului: bancă / sucursală	Număr de cont (IBAN)		

Detalii ale persoanei care solicită indemnizația

Nume, prenume	CNP	
Relația cu Asiguratul	Telefon	
Adresa de corespondență		

Detalii referitoare la evenimentul asigurat

Data producerii evenimentului	
Tip de accident (vă rugăm bifați varianta corespunzătoare)	☐ accident rutier ☐ accident de muncă ☐ altele – vă rugăm detaliați:
Circumstanțele producerii accidentului	Vă rugăm descrieți în detaliu circumstanțele producerii accidentului:

Ca urmare a producerii accidentului au fost întocmite rapoarte/ procese verbale de constatare?	Vă rugăm bifați varianta corespunzătoare: ☐ raport al poliției ☐ raport al inspectoratului teritorial de muncă ☐ altele – vă rugăm precizați:
--	---

Detalii referitoare la intervenția chirurgicală

Diagnostic complet	
Perioada de spitalizare	Data și ora internării: Data și ora externării:
Perioada de incapacitate temporară de muncă	Data și ora internării: Data și ora externării:
Datele unității medicale în care a fost internat Asiguratul	Denumire: Adresă: Nr. de telefon:
Detaliile medicului curant (medicul care urmărește Asiguratul pentru diagnosticul de spitalizare și/ sau diagnosticul de incapacitate temporară de muncă)	Nume și prenume: Adresa unității/cabinetului medical: Nr. de telefon:
Detaliile medicului de familie	Nume și prenume: Adresa unității/cabinetului medical: Nr. de telefon:

După completare, la acest formular se vor atașa următoarele documente:

- copiile proceselor verbale/rapoartelor poliției, Inspectoratului teritorial de muncă sau ale oricăror instituții care au constatat sau care au investigat accidentul – dacă evenimentul s-a produs ca urmare a unui accident
- copia biletului de externare
- copiile tuturor certificatelor de concediu medical ce atestă incapacitatea temporară de muncă
- copiile tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu spitalizare
- copia actului de identitate al Asiguratului.

Orice alte documente suplimentare necesare pentru stabilirea întinderii obligației de plată vor fi solicitate ulterior.

Notă de informare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal:

Operatorul de date cu caracter personal este SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A., societate administrată în sistem dualist, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, număr de înregistrare în Registrul Asigurătorilor RA-062/11.06.2008, număr autorizație 505/10.06.2008, cu sediul în București, Strada Gara Herăstrău Nr. 2, Et. 4, Secțiunea 1, Sector 2, Cod 020334, România, tel: + 40 40317307100, e-mail: office@signal-iduna.ro, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/5098/19.03.2008, CUI RO23545104, COD LEI 529900617IZ922N1YT16, IBAN RO18CITI0000000650096002, deschis la CITIBANK, iar procesarea datelor este făcută în baza prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679, Legii 237/2015, Ordinului ASF 19/2018, Codului Civil și a celorlalte reglementări aplicabile. Ofițerul responsabil cu protecția datelor poate fi contactat la adresa de email: dataprotection@signal-iduna.ro.

În cazul solicitării de plată a indemnizației de asigurare la maturitate Asigurătorul va procesa informațiile furnizate în prezentul document inclusiv datele Beneficiarilor (datele de identificare ale acestora și relația cu Persoana Asigurată așa cum reiese din documentele furnizate) în scopul soluționării cererii de plată.

Baza legală a prelucrării datelor personale o reprezintă contractul de asigurare.

Asigurătorul utilizează de asemenea datele personale obținute pentru a-și îndeplini obligațiile impuse de către lege (obligații de raportare către autoritățile statului, dar și de verificare a clienților). Baza legală a prelucrării datelor o reprezintă prevederile legale respectiv obligațiile pe care legea le pune în sarcina Asigurătorului.

Datele personale sunt păstrate pe durata valabilității Contractului de asigurare, iar suplimentar în baza obligațiilor instituite prin legislația în vigoare, pentru o perioadă de până la 10 ani după data maturității contractului.

Persoana ale cărei date personale sunt prelucrate are dreptul de acces la datele cu caracter personal, dreptul la rectificarea și completarea datelor, dreptul la ștergerea datelor („dreptul de a fi uitat”) cu excepțiile prevăzute de art. 17 din Regulamentul (UE) 2016/679, dreptul la restricționarea prelucrării datelor, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrare automată/prelucrare de profiluri, dreptul de retragere a consimțământului acordat, dreptul de a formula plângere. Suplimentar conform prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679, Asigurătorul va face disponibile datele, la cerere, într-un format structurat, obișnuit și lizibil pentru un sistem informatic. Persoana ale cărei date personale sunt prelucrate își poate exercita drepturile prevăzute în acest paragraf depunând la Asigurător o cerere în formă scrisă, datată și semnată sau contactând ofițerul responsabil cu protecția datelor la adresa de email: dataprotection@signal-iduna.ro. În cerere, Persoana ale cărei date personale sunt prelucrate poate solicita, dacă dorește, ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

Persoana ale cărei date personale sunt prelucrate poate face o plângere cu privire la prelucrarea datelor personale la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (A.N.S.P.D.C.P.), cu sediul în B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30, Sector 1, cod poștal 010336, București sau la instanța de judecată competentă.

Informații cu privire la politica generală privind protecția datelor cu caracter personal pot fi găsite oricând și pe site-ul SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. la www.signal-iduna.ro Secțiunea Politica de protecție a datelor.

Data completării _____

Semnătura solicitantului _____