

## Cerere de solicitare a indemnizației de asigurare: spitalizare ca urmare a unui accident

### Detalii contract

|                                                          |                      |            |  |
|----------------------------------------------------------|----------------------|------------|--|
| Număr contract                                           |                      | Tip produs |  |
| Nume Contractant (dacă este diferit de Asigurat)         | CNP/ CUI             |            |  |
|                                                          |                      |            |  |
| Nume Asigurat                                            | CNP                  |            |  |
|                                                          |                      |            |  |
| Detaliile bancare ale Asiguratului:<br>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 accidentului                                  |                                                                                                                                                 |
| Tip de accident<br>(vă rugăm bifați varianta corespunzătoare) | <input type="checkbox"/> accident rutier<br><input type="checkbox"/> accident de muncă<br><input type="checkbox"/> altele – vă rugăm detaliați: |
| Circumstanțele producerii accidentului                        | Vă rugăm descrieți în detaliu circumstanțele producerii accidentului:                                                                           |

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ca urmare a producerii<br>accidentului au fost<br>întocmite<br>rapoarte/procese<br>verbale de constatare? | Vă rugăm bifați varianta corespunzătoare:<br><input type="checkbox"/> raport al poliției<br><input type="checkbox"/> raport al inspectoratului teritorial de muncă<br><input type="checkbox"/> altele – vă rugăm precizați: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Detalii referitoare la spitalizare**

|                                                                                                               |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Diagnostic complet                                                                                            |                                                                             |
| Perioada de spitalizare                                                                                       | Data și ora internării:<br>Data și ora externării:                          |
| Datele unității medicale<br>în care a fost internat<br>Asiguratul                                             | Denumire:<br>Adresă:<br>Nr. de telefon:                                     |
| Detaliile medicului<br>curant (medicul care<br>urmărește Asiguratul<br>pentru diagnosticul de<br>spitalizare) | Nume și prenume:<br>Adresa unității/cabinetului medical:<br>Nr. de telefon: |
| Detaliile medicului de<br>familie                                                                             | Nume și prenume:<br>Adresa unității/cabinetului medical:<br>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
- copia biletului de externare
- 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.

**Nota 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 Asiguratorilor 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](mailto: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](mailto:dataprotection@signal-iduna.ro).

În cazul solicitării de plată a indemnizației de asigurare la maturitate Asiguratorul 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.

Asiguratorul 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 Asiguratorului.

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, Asiguratorul 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 Asigurator o cerere în formă scrisă, datată și semnată sau contactând ofițerul responsabil cu protecția datelor la adresa de email: [dataprotection@signal-iduna.ro](mailto: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](http://www.signal-iduna.ro) Secțiunea Politica de protecție a datelor.

Data completării \_\_\_\_\_

Semnătura solicitantului \_\_\_\_\_