

FORMULAR DE DESPAGUBIRE IN CAZ DE DECES

INSTRUCIUNI

- Atasati la acest formular o copie dupa certificatul de deces.
- Raspunsurile la intrebari trebuie sa fie complete. Compania de asigurari isi rezerva dreptul sa solicite sau sa obtina informatii suplimentare referitoare la deces.
- Formularul de dauna in caz de deces trebuie completat de catre Beneficiarul (Beneficiarii) politei de asigurare. Daca exista mai mult de un Beneficiar, este suficienta completarea unui singur formular.
- In cazul in care Beneficiarul este un minor, formularul trebuie completat de catre tutorele acestuia.

Numarul politei: _____ Data intrarii in vigoare a politei: _____

1. Numele complet al Detinatorului Politei: _____

2. Numele complet al Persoanei Decedate: _____

3. Numele complet al Beneficiarului Politei: _____ si gradul sau de rudenie cu Persoana Decedata: _____

4. Adresa Persoanei Decedate: _____
(localitatea) (strada, numarul) (judetul)

5. a) Data survenirii accidentului: ziua: _____ luna: _____ anul: _____

b) Data decesului: ziua: _____ luna: _____ anul: _____

c) Locul decesului: _____

d) Numele si adresa martorilor (daca este cazul): _____

6. Data nasterii Persoanei Decedate: _____ Locul nasterii Persoanei Decedate: _____

7. Cauza accidentului care a provocat decesul: _____

8. Numele si adresa medicului care a constatat decesul: _____

9. A fost efectuata autopsia? • Da • Nu

URMEAZA A FI COMPLETAT DE SOCIETATEA LA CARE PERSOANA DECEDATA A FOST ANGAJATA:

A. Numarul contractului de munca: _____ de la data de _____

B. Ultima functie ocupata: _____

Declar pe proprie raspundere ca toate informatiile completate de catre mine in prezentul document .sunt complete si adevarata

Semnatura: _____

Data: _____

FORMULAR DE EXONARARE DECLARATIE DE CONSIMTAMANT

Subsemnatul _____, domiciliat in _____
identificat cu _____ seria _____ nr. _____
Eliberata de _____ la data de _____ CNP _____, prin prezenta imi exprim consimtamantul
expres pentru urmatoarele:

Societatea Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti are acordul meu expres si este pe deplin imputernicita de catre mine sa contacteze orice medic, institutie medicala publica sau privata sau orice alta institutie ce detine informatii referitoare la istoricul meu medical, in scopul obtinerii oricoror documente privind: starea mea fiziologica si/sau patologica, investigatii si analize efectuate, tratamente administrate si cure stabilite de catre medici, in vederea punerii in aplicare a prezentului Contract de Asigurare.

Imputernicirea mentionata mai sus iti mentine valabilitatea atat in timpul vietii mele, cat si dupa deces, pana la momentul finalizarii dosarului de dauna si nu poate fi folosita decat in contextul analizei medicale a unui dosar de dauna deschis in numele meu.

Prin prezenta imi dau acordul expres si autorizez orice medic curant, institutie medicala publica sau privata sau orice alta institutie ce detine informatii referitoare la istoricul meu medical, sa furnizeze aceste date catre Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti si ii exonerez de secretul profesional referitor la aceste informatii.

Am luat la cunostinta ca Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti are dreptul de a solicita si de a primi relatii de la medicii care m-au consultat, respectiv tratat precum si de la orice institutie ce detine informatii referitoare la istoricul meu medical atat inainte cat si dupa producerea evenimentului asigurat. In acest context, ii exonerez de secretul profesional referitor la aceste informatii pe toti cei care vor fi chestionati in cauza si li se vor solicita documente medicale referitoare la persoana mea, chiar si dupa deces.

Inteleg pe deplin si sunt intru total de acord ca prezenta este valabila atat pe perioada dinaintea semnarii cererii de Asigurare, cat si pentru intreaga durata a asigurarii, precum si dupa incetarea asigurarii pana la finalizarea dosarului de dauna.

Inteleg pe deplin si sunt intru total de acord ca informatiile si datele furnizate vor fi preluacrate de persoanele autorizate Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti in acest scop (angajat sau imputernicit in acest sens).

Prezenta declaratie de consimtamant reprezinta acordul expres data de catre subsemnatul in calitate de Asigurat, are valoare de autorizare si constituie exonerarea de responsabilitate.

Sunt de acord, in conformitate cu prevederile legii 677/2001 privind protectia datelor personale, ca toate datele personale furnizate (CNP, nume, Adresa, data de nastere, etc) incluzand datele despre starea de sanatate si orice alte date necesare desfasurarii activitatii de Asigurare si reasigurare, sa fie transmise de Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti catre companiile din grupul din care face parte si Colonnade Insurance SA Luxembourg, precum si catre alte societati de Asigurare si Reasigurare cu scopul evaluarii riscurilor, plata beneficiilor contractului, coasigurare si reasigurare. Astfel de date pot fi de asemenea comunicate catre orice alta Societate de Asigurare sau de Reasigurare din strainatate pentru aceleasi scopuri, informatiile pastrandu-si caracterul confidential. Prin prezenta dau acces deplin companiei de asigurari la toate datele medicale, informatii despre spitalizari si orice alte date legate de activitatea de subscriere si de evaluare a daunelor. Prin prezenta declar ca continutul legii 677/2001 mi-a fost adus la cunostiinta.

Semnătură: _____

Nume: _____

Dată: _____

(pentru minori semnatura persoanei care ii au in intretinere/reprezentantul legal)

NOTA: Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti isi rezerva dreptul de a cere si alte documente sau examinari suplimentare de la medici sau autoritati competente.

DECLARATIA MEDICULUI

Numele complet al medicului care semneaza declaratia: _____

Numele complet al Persoanei Decedate: _____ Virsta: _____

1. Data survenirii decesului: _____ Locul decesului: _____

2. A fost decesul cauzat de un accident? • Da • Nu

Daca nu, care a fost cauza decesului? _____

3. Ati mai consultat acest pacient in trecut ? • Da • Nu

Daca da, cind si pentru ce? _____

4. A fost efectuata o autopsie? • Da • Nu

Prin prezenta declar ca cele de mai sus sint adevarate

Data: _____

Semnatura si parafa medicului: _____

Prin furnizarea Informațiilor dumneavoastră cu Caracter Personal către Colonnade Insurance SA în legătură cu solicitarea de despăgubire formulată și semnând mai jos, consimțiți la colectarea și prelucrarea (inclusiv utilizare și diseminare) a Informațiilor dumneavoastră cu Caracter Personal, așa cum este descris în această Politică de confidențialitate, disponibilă la www.colonnade.ro sau la cerere la DataProtection.Romania@colonnade.ro. În mod particular, consimțiți la transferul internațional al Informațiilor dumneavoastră cu Caracter Personal. Sunteți de acord că nu veți furniza Informațiile cu Caracter Personal ale altei persoane, fără permisiunea respectivei persoane Alternativ: În măsura în care ați furnizat (sau veți furniza) Informații cu Caracter Personal către Colonnade Insurance SA despre orice altă persoană, certificați că ați informat respectiva persoană cu privire la conținutul Politicii de confidențialitate și că sunteți autorizat să dezvăluiți Informațiile sale cu Caracter Personal către Colonnade Insurance SA, așa cum este detaliat în Politica de confidențialitate.

Semnătură: _____

Nume: _____

Data: _____