

FORMULAR DE DESPAGUBIRE IN CAZ DE DECES

INSTRUCTIUNI

- 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. Detalii Bancare ale Beneficiarului Politei (Banca si cont IBAN in RON):

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

8. Cauza accidentului care a provocat decesul: _____

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

10. 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: _____

DECLARAȚIE

Referitor la furnizarea de informații cu caracter personal către Colonnade Insurance SA Luxembourg - Sucursala București ("Asigurătorul / Compania"), în conformitate cu cerințele legale de exprimare a consimțământului voluntar preliminar și informat cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal,

PRIN PREZENTA DECLAR:

1. Ca am primit, am citit și înțeles Notificarea de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colonnade Insurance SA Luxembourg - Sucursala București. Informații detaliate pot fi găsite aici: <https://www.colonnade.ro/informare-privind-prelucrarea-datelor-cu-caracter-personal>.

2. **Sunt de acord** **Nu sunt de acord** cu prelucrarea datelor mele personale de către Colonnade Insurance S.A. în scopuri de marketing direct și în acest sens, sunt în mod expres de acord cu primirea de oferte de produse și servicii de asigurare, materiale publicitare, sondaje și alte informații despre produsele și campaniile, inovațiile și activitățile Colonnade Insurance S.A. prin e-mail, telefon (conversări telefonice, inclusiv apelare telefonică automată), mesaj tip SMS/MMS, alte mijloace electronice actuale și viitoare de comunicare (cum ar fi aplicații de mesagerie instantanee, apeluri telefonice prin internet și mesaje personale furnizate prin intermediul rețelelor sociale sau a altor platforme cu conturi personalizate).

Consimțământul poate fi retras oricând prin trimiterea unui e-mail la adresa dpo@colonnade.ro

3. Sunt conștient de drepturile pe care le dețin în temeiul Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește la prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date („**Regulamentul general privind protecția datelor**”) și pe care le pot exercita cu privire la categoriile de date cu caracter personal prelucrate de companie, prin trimiterea unei cereri scrise, semnate de mine, la adresa: Str. Buzesti nr. 82-94, Etaj 10, București, Sectorul 1, adresa de e-mail: dpo@colonnade.ro.

4. Declar că toate datele personale și informațiile pe care le furnizez sunt complete și corecte. De asemenea, mă angajez ca, în cazul în care intervine vreo modificare în datele mele de contact sau în alte date personale, să anunț compania în vederea actualizării acestora.

Data:

Nume și prenume:

Semnatura:

FORMULAR DE EXONARARE DECLARATIE DE CONSIMTAMANT

Subsemnatul _____, domiciliat in _____,

in calitate de asigurat conform politei de asigurare nr. _____ din data de _____, prin prezenta imi exprim consimtamantul
expres pentru urmatoarele:

Societatea Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti are acordul meu expres si este autorizată de mine să contacteze orice medic curant, institutie medicala publica sau privata sau orice alta institutie ce detine informatii referitoare la istoricul meu medical, in scopul obtinerii oricaror documente și informații privind starea mea de sănătate, inclusiv, fără limitare, starea mea fiziologica si/sau patologica, investigatii si analize efectuate, tratamente administrate si cure prescrise de medici, în măsura în care aceste documente și informații sunt necesare soluționării dosarului de daună, respectiv stabilirii cauzelor și circumstanțelor producerii riscului asigurat.

Prezentul acord isi mentine valabilitatea atat in timpul vietii mele, cat si dupa deces, pana la momentul finalizarii dosarului de dauna si nu poate fi folosit decat in scopul analizei medicale a dosarului 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 documentele și informațiile menționate mai sus 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 documentele și informațiile menționate mai sus de la medicii care m-au consultat, respectiv tratat, precum si de la orice institutie ce detine informatii referitoare la istoricul meu medical, de dinainte si de dupa producerea evenimentului asigurat, numai în măsura în care aceste documente și informații sunt necesare soluționării dosarului de daună, respectiv stabilirii cauzelor și circumstanțelor producerii riscului 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 prezentul acord este valabil atat pe perioada dinaintea semnarii cererii de Asigurare, cat si pentru intreaga durata a asigurării, precum si dupa incetarea asigurării pana la finalizarea dosarului de dauna.

Inteleg pe deplin si sunt intru total de acord ca informatiile si datele mele de sanatate furnizate către Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala București sa fie prelucrate de Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti si de persoanele autorizate de aceasta (angajati/ imputerniciti/ colaboratori/ parteneri contractuali ai Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala București) in scopurile indicate mai sus.

Sunt de acord, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE, ca toate datele despre starea mea de sănătate să fie transmise de Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala București către companiile din grupul din care face parte Colonnade Insurance SA Luxembourg, precum si către alte societăți de asigurare si reasigurare cu scopul evaluării riscurilor, plății beneficiilor poliței, coasigurare si reasigurare, precum și pentru scopuri interne care includ efectuarea de analize, rapoarte, sau statistici.

Prezentul formular de consimtamant reprezinta acordul expres dat de catre subsemnatul in calitate de asigurat, si constituie exonerare de responsabilitate exclusiv in legatura cu obligatia pastrarii secretului profesional de catre medicul curant, institutia medicala publica sau privata sau alta institutie ce detine informatii referitoare la starea mea de sanatate.

Semnătură: _____

Nume: _____

Data: _____

(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: _____ Varsta: _____

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, cand si pentru ce? _____

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

Prin prezenta declar ca cele de mai sus sunt adevarate

Data: _____

Semnatura si parafa medicului: _____

Prin transmiterea către Colonnade Insurance S.A. Luxembourg – Sucursala București ("**Colonnade**") a declarației mele în calitate de medic, confirm că am luat la cunoștință de colectarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Colonnade în conformitate cu Politica de Confidențialitate pentru Terți a Colonnade, pe care am consultat-o la <https://www.colonnade.ro/Informare-privind-prelucrarea-datelor-cu-caracter-personal/>.