

FORMULAR DE DESPAGUBIRE

Daca veti urma aceste instructiuni simple, vom putea acorda atentie imediata cererii Dvs. de despagubire in momentul cand vom primi acest formular.

- Daca ati suferit un accident sau o imbolnavire acoperita de polita Dvs., completati aceste formulare, dupa diagnosticare si tratament. Raspundeti la toate intrebarile in intregime si cat mai clar; inmanati formularul "Declaratia Medicului" medicului Dvs pentru a fi completat.
- Rugati medicul Dvs. sa raspunda la toate intrebarile.
- Atasati toate facturile si certificatele medicale eliberate de unitatea medicala, raportul politiei sau al firmei sau alte declaratii referitoare la circumstantele producerii accidentului/imbolnavirii.
- Completarea formularelor nu inseamna in mod obligatoriu ca cererea a fost aprobata.

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

Numele Detinatorului Politei (firmei): _____

Numele complet al Persoanei Asigurate: _____

Data nasterii Persoanei Asigurate: _____ (ziua, luna, anul);

Adresa Persoanei Asigurate: _____

Angajat al Detinatorului Politei de la data: _____ la categoria de munca (tip de ocupatie / functie): _____

1. Diagnosticul accidentului sau imbolnavirii: _____

2. In cazul imbolnavirii, cand au aparut pentru prima oara simptomele? _____ (ziua, luna, anul)

3. In caz de accident, cand a survenit acesta? _____ (ziua, luna, anul)

Precizati numarul si data raportului politiei sau al documentului constatator al firmei: _____

4. Cand ati consultat pentru aceasta pentru prima oara un medic? _____ (ziua, luna, anul)

Numele medicului si nr. de telefon: _____

5. Data spitalizarii: _____ Data externarii: _____

6. Numele, adresa, telefonul/faxul spitalului: _____

7. Numele tuturor medicilor care v-au avut sub ingrijire: _____

8. Ati mai consultat in trecut un medic pentru aceeași problema sau una similara? Da Nu

(Daca da, scrieti numele, adresa si telefonul doctorului): _____

9. Numele, adresa si telefonul medicului de familie: _____

10. Ce alte imbolnaviri sau accidente majore ati suferit in ultimii 3 ani ? _____

11. Unde se afla fisa Dvs. medicala (numele unitatii medicale/persoanei, adresa, telefon, fax): _____

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

Semnatura Persoanei Asigurate: _____; Data completarii "Formularului de Despagubire" _____

Numarul contractului de munca: _____ (semnat si stampilat de catre Serviciul Personal al Detinatorului Politei)

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: _____

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 medicului care semneaza declaratia: _____

Adresa, telefonul, faxul semnatarului: _____

Numele pacientului: _____ Varsta: _____

1. In cazul unui accident, cand a survenit aceasta? _____ (ziua,luna,anul)

In cazul unei imbolnaviri, cand au aparut primele simptome? _____ (ziua,luna,anul)

2. Diagnosticul, istoria cazului,complicatii: _____

3. Cand a primit pacientul primele ingrijiri medicale pentru cazurile de mai sus? _____ (ziua,luna,anul)

De catre cine i-au fost acordate: _____ (Numele si adresa)

4. A fost necesara spitalizarea? Da Nu

Daca da, precizati datele: de la _____ pana la: _____

5. Ce interventie chirurgicala a suferit pacientul (daca este cazul): _____

6. Ce investigatii au fost facute pacientului (daca este cazul) : _____

7. A fost necesara o perioada de convalescenta la domiciliu? Da Nu

Daca da, precizati datele: de la _____ pana la: _____

8. A mai avut pacientul in trecut aceeasi problema sau unele similare? Da Nu

9. Ati mai consultat acest pacient in trecut ? Da Nu

Daca da, cand si pentru ce ? _____

10. De ce boli cronice sufera pacientul si de cand dateaza? _____

Data completarii "Declaratiei Medicului": _____; 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: _____