

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 politei: _____ Data intrarii in vigoare a politei: _____

Numele Detinatorului Politei (firmei): _____

Numele complet al Persoanei Asigurate: _____

Data nasterii Persoanei Asigurate: _____ (ziua, luna, anul); Adresa E-mail: _____

Adresa Persoanei Asigurate: _____

Detalii Bancare (Banca si cont IBAN in RON): _____

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 aceeaasi 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): _____

DECLARAȚIE

Referitor la furnizarea de informatii cu caracter personal catre 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 si inteles Notificarea de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de catre Colonnade Insurance SA Luxembourg - Sucursala București. Informatii detaliate pot fi gasite 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 catre Colonnade Insurance S.A. in scopuri de marketing direct si in acest sens, sunt in mod expres de acord cu primirea de oferte de produse si servicii de asigurare, materiale publicitare, sondaje si alte informari despre produsele și campaniile, inovatiile si activitatile Colonnade Insurance S.A. prin e-mail, telefon (convorbiri telefonice, inclusiv apelare telefonică automata), mesaj tip SMS/MMS, alte mijloace electronice actuale si viitoare de comunicare (cum ar fi aplicatii de mesagerie instantanee, apeluri telefonice prin internet si mesaje personale furnizate prin intermediul rețelelor sociale sau a altor platforme cu conturi personalizate).

Consimțământul poate fi retras oricand 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”) si 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 si informațiile pe care le furnizez sunt complete și corecte. De asemenea, ma angajez ca, in cazul in care intervine vreo modificare in datele mele de contact sau in alte date personale, sa anunt compania in vederea actualizarii acestora.

Data:

Nume si prenume:

Semnatura:

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 București si ii exonerez de secretul profesional referitor la aceste informatii. Am luat la cunostinta ca Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala București 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 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 mele de sanatate furnizate către Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala București sa fie prelucrate de Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala București 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 evaluarii 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 București 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 aceeași 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 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/>.