

**FORMULAR DE AVIZARE DAUNA AFECTIUNI GRAVE**  
(acest formular va fi completat de catre Persoana Asigurata)

Seria și numărul poliței de asigurare de viață

Data începerii valabilității poliței de asigurare de viață

**Detalii despre Persoana Asigurata**

Numele și prenumele Persoanei Asigurate

CNP

**Detalii despre riscul produs**

Data aparitiei afectiunii

Diagnostic complet

Data aparitiei primelor simptome

Data primei consultatii medicale aferenta acestei afectiuni

Alte afectiuni sau complicatii

Care este tratamentul pe care l-ati urmat/ il urmati in prezent?

Numele si adresa medicului currant

De cand sunteti in evident acestui medic?

Ati fost consultat de catre alt medic sau  
Sunteti in evident unui spital?

În vederea evaluării evenimentului asigurat, vă rugăm să atașați următoarele documente:

1. Copie după fișa medicală a asiguratului de la medicul de familie sau în cazul în care acest document nu se poate obține din motive obiective, o adeverință medicală emisă de către medicul de familie  
Fiecare pagină a fișei medicale va fi numerotată, semnată și parafată de către medicul de familie și va purta mențiunea "conform cu originalul".
2. Orice alte documente din care să reiasă istoricul medical
3. Copii după biletele de ieșire din spital
4. Orice alte documente pe care GARANTA le consideră necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat.

\* Solicitantul \_\_\_\_\_ declară că am luat cunoștință despre drepturile prevăzute de Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date (dreptul de informare, dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a mă adresa justiției). Sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie colectate și procesate de către Asigurator (inclusiv prin intermediul societăților afiliate din străinătate sau al unor terțe părți utilizate de către asigurator pentru externalizarea anumitor servicii de asigurări) fără limitare de termen, în scopul prestării de servicii de asigurare, scopuri statistice sau în scopul promovării unor noi produse și servicii de asigurare. Înțeleg că Asiguratorul este îndreptățită să transmită datele personale către entitățile publice și/sau private al căror scop îl constituie administrarea informațiilor privind portofoliul de clienți al asiguratorilor în vederea identificării și cuantificării riscului de asigurare și diminuării riscului de fraudă, cât și să le dezvăluie dacă acest lucru este cerut de lege, o instanță judecătorească sau altă autoritate competentă, cât și să transmită extern aceste informații către Organismele abilitate să primească aceste informații. Înțeleg că Asiguratorul va putea folosi informațiile cuprinse în prezentul document în scopuri de marketing, pentru promovarea unor produse sau servicii ale grupului din care Asiguratorul face parte, cu excepția cazului în care imi manifest expres voința prin bifarea unei căsuțe corespunzătoare de mai jos:

Nu doresc să primesc informații referitoare la produse și servicii oferite de Asigurator sau de companiile afiliate Asiguratorului

Declar că informațiile furnizate în acest formular sunt complete și adevărate.

\_\_\_\_\_

**Nume și Prenume Persoana Asigurată**

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Semnătura**