

**FORMULAR AVIZARE DAUNA
ÎN CAZ DE INVALIDITATE TOTALA SI TEMPORARA**

Seria și numărul poliței de asigurare

Data începerii valabilității poliței de asigurare

Nume Contractant

Prenume Contractant

CNP Contractant Polita

Telefon Contractant

E-mail Contractant

Detalii despre persoana indreptatita sa faca avizarea (de completat in cazul in care persoana care face avizarea este diferita de Contractantul Politei de Asigurare)

Nume

Prenume

CNP

Telefon

Adresa e-mail

Detalii despre invaliditate

1. Data apariției invalidității

2. Descrieți în detaliu starea de invaliditate.

3. Cum vă împiedică această invaliditate să munciți?

4. Care a fost tratamentul primit pentru invaliditate?

5. Ce tratament medicamentos urmați în prezent?

6. Considerați că vă veți reîntoarce la locul de muncă? Dacă da, când?

7. Care este numele și adresa doctorului care s-a ocupat de dvs.?

8. De cât timp sunteți pacientul său?

9. Ați fost consultat de alt doctor sau ați fost în evidența vreunui spital? Dacă da, furnizați detalii.

10. Data la care au apărut simptomele

11. Data la care ați fost prima dată în imposibilitatea de a vă mai desfășura munca

12. Data primei consultații din cauza de mai sus sau dintr-o cauză similară

13. Oferiți detalii despre orice invalidități suferite anterior din această cauză sau dintr-o cauză similară.

Detalii despre ocupația asiguratului

Funcția

Oferiți o descriere completă a ocupației dvs. și a oricăror alte activități pe care le desfășurați ocazional sau cu jumătate de normă

Oferiți detalii despre orice activitate pe care ați desfășurat-o de la începerea invalidității

Oferiți detalii despre orice sarcină presupusă de activitatea pe care trebuie să o desfășurați și care este afectată de invaliditatea dumneavoastră

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

Prin prezenta, autorizez orice doctor pe care l-am consultat să furnizeze societății GARANTA orice informații legate de starea mea de sănătate, precum și orice alte informații solicitate de GARANTA în vederea evaluării cererii de despăgubire.

Data

Numele și prenumele

Semnătura

* Acest formular va fi completat de către Contractantul Politei de Asigurare sau în cazul în care din motive obiective urmare a invalidității suferite Contractantul Politei se afla în imposibilitatea de a completa acest formular va fi completat de către persoana îndreptată legal să apere interesele copilului sau de către persoana cea mai apropiată de Contractantul Politei.

* Solicitantul _____ declar 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 asigurari) 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, cat si sa transmita extern aceste informatii catre Organismele abilitate sa primeasca aceste informatii.

Înteleg că Asiguratorul va putea folosi informațiile cuprinse în prezenta cerere 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