

**ASIGURAREA DE ASISTENTA MEDICALA
PENTRU CALATORII IN STRAINATATE Go TRAVEL**

- Cerere chestionar -

* se va completa in cazul deplasarii in strainatate pentru prestarea de activitati lucrative (munca)

1. **Asigurat** (nume, prenume):CNP:

Adresa:

Pasaport nr.:Cetatenia:

2. **Contractant** (nume, prenume/denumire):CNP/CUI:

Adresa:

Domeniul de activitate

CUI**Nr. Registru Comertului**

Adresa**Reprezentant legal**

Nr. total persoane angajate**din care cuprinse in asigurare, conform listei atasate**

Persoanele care vor presta activitate lucrativa in strainatate:

Sunt calificate, in Romania, pentru activitatea prestata? ☐ Da ☐ Nu

Sunt instruite in Romania (anterior plecarii)? ☐ Da ☐ Nu

Sunt instruite in strainatate privind conditiile de munca din strainatate si modul de utilizare a utilajelor/aparatelor etc.? ☐ Da ☐ Nu

Semnează norme de protecția muncii in strainatate? ☐ Da ☐ Nu

3. **Activitatea lucrativa:**

4. **Conditii speciale de munca:**

5. **Alte mentiuni:**

6. **Acoperirea teritoriala:** ☐ Europa + Turcia; ☐ Toate tarile, cu exceptia SUA si Canada; ☐ Toate tarile.

7. **Tara de destinatie:**

8. **Tarile tranzitate:**

9. **Solicitati si asigurarea bagajelor?** ☐ Da; ☐ Nu;

10. **Calatoriti in grup?** ☐ Nu; ☐ Da; Daca „DA”, rugam precizati nr. persoane grup:

11. Alte asigurari similare

a) Sunteți în prezent posesorul altei/altor polițe de asigurare pentru aceleasi riscuri? ☐ Nu; ☐ Da; Dacă raspunsul este afirmativ, vă rugăm să precizați:

b) Societatea de asigurare.....Perioada asigurată.....

c) Suma/sumele și riscurile asigurate

d) Vi s-a refuzat anterior o cerere de asigurare? ☐ Da; ☐ Nu; Dacă DA, vă rugăm să menționați motivele

12. Informații referitoare la istoricul daunelor (ultimii 3 ani)

Anul	Numar evenimente produse	Cauza producerii	Indemnizatii de asigurare primite (Lei)			
			Nr. persoane decedate	Cheltuieli medicale	Nr. zile de spitalizare	Cheltuieli repatriere

Masuri intreprinse in vederea limitarii producerii evenimentelor:

13. Informatii referitoare la politica de personal

La angajare solicitati referinte de la locul de muncă anterior: ☐ Da ☐ Nu; Va rugam prezentati detalii privind criteriile de selectie a personalului angajat:

.....

.....

14. Durata calatoriei: _____ zile, de la: ____ / ____ / _____ pana la: ____ / ____ / _____

15. Suma asigurata/persoana: ☐ 30.000 Eur ☐ 50.000 Eur

16. Modalitatea de plată a primei de asigurare: integral

Se completeaza in cazul Asiguratului - persoana fizica:

Locul nasterii, BI/CI nr, seria, emis de la data / /,
Cetatenia, Nationalitatea, ☐ Rezident / ☐ Nerezident,
Ocupatia:,
Angajator ori natura activitatii proprii.....,
Numele beneficiarului real, daca e cazul Persoana expusa politic ☐ Nu; ☐ Da.

Se completeaza in cazul Asiguratului - persoana juridica:

Certificat de inregistrare/documentul de inregistrare ONRC sau alte autoritati similare: nr, seria, data / /
Identitatea persoanelor care, potrivit actelor constitutive si/sau hotararii organelor statutare, sunt investite cu competenta de a conduce si reprezenta entitatea, precum si puterile lor de a angaja entitatea:,
Structura actionariatului/asociatilor:,
Numele/denumirea beneficiarului real:

Declar ca toate informatiile furnizate in prezenta Cerere-chestionar corespund adevarului si nici o circumstanta care ar putea influenta riscul nu a fost ascunsa. Orice informatie declarata eronat sau incomplet in Cererea-chestionar atrage posibilitatea anularii dreptului la despagubire.

Imputernicesc Gothaer Asigurari Reasigurari S.A. sa contacteze toti medicii si toate unitatile medicale care m-au consultat si tratat, in tara si in strainatate si dezleg de obligatia pastrarii secretului profesional pe toti cei care vor fi chestionati in cauza, chiar si dupa decesul meu.

Declar ca datele incluse in prezenta Cerere-chestionar sunt reale si in conformitate cu documentele si informatiile de care dispun, fiind de acord sa stea la baza si sa fie parte integranta a Contractului de asigurare.

Declar ca nu ma aflu sub incidenta niciunei sanctiuni economice sau comerciale nationale si/sau internationale si nici nu am cunostinta de nicio circumstanta care ar putea genera astfel de sanctiuni.

Am luat cunostinta despre **Nota de Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal**, am primit un exemplar al acesteia si am optat in mod liber pentru variantele marcate din CONSIMTAMANT. In cazul in care comunic datele cu caracter personal ale altei persoane, ma oblig sa transmit Nota de Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal persoanei respective si declar ca am acordul acesteia, in cazurile aplicabile.

CONSIMTAMANT PRELUCRARE DATE IN SCOP DE MARKETING

Subsemnatul/Subscrisa in calitate de Contractant al asigurarii:

Imi exprim in mod expres acordul, prin semnarea prezentei, ca Gothaer sa ma contacteze sau sa ma informeze cu detalii despre produsele furnizate sau despre promotiile, campaniile sau ofertele active. [] DA [] NU

CONSIMTAMANT PRELUCRARE DATE PRIVIND SANATATEA

Subsemnatul/Subscrisa in calitate de Contractant al asigurarii:

Imi exprim in mod expres acordul, prin semnarea prezentei, ca Gothaer sa prelucreze DATELE PRIVIND SANATATEA, date necesare pentru incheierea si/sau executarea contractului de asigurare.

In situatia in care exercit autoritate parinteasca/tutelara asupra unui minor, declar ca il reprezint cu drepturi depline si **imi exprim in mod expres acordul**, prin semnarea prezentei, ca Gothaer sa prelucreze DATELE PRIVIND SANATATEA, date necesare pentru incheierea si/sau executarea contractului de asigurare.

In cazul in care comunic datele cu caracter personal ale altor persoane **ma oblig** sa transmit **Nota de Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal** persoanelor respective, si/sau detin acordurile necesare (inclusiv pentru minori, daca este cazul) si declar ca **imi exprim in mod expres acordul** in numele persoanelor pe care le reprezint, ca Gothaer sa prelucreze DATELE PRIVIND

SANATATEA, date necesare pentru incheierea si/sau executarea contractului de asigurare. ☐ DA ☐ NU

Data completarii: ____ / ____ / ____

ASIGURAT / CONTRACTANT,

(nume, prenume, semnatura) _____