

## ASIGURAREA DE ASISTENTA MEDICALA PENTRU CALATORII IN STRAINATATE „MyTravels”

- Cerere chestionar -

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

Adresa: \_\_\_\_\_ Varsta: \_\_\_\_\_

Pasaport nr.: \_\_\_\_\_ Cetatenia: \_\_\_\_\_

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

Adresa: \_\_\_\_\_

3. **Scopul calatoriei:**☐ Turistic;☐ Afaceri.4. **Acoperirea teritoriala:** ☐ Europa + Turcia; ☐ Toate tarile.5. **Durata calatoriei 365 zile:** de la: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ pana la: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_6. **Suma asigurata: 30.000 Euro**7. **Solicitati Asigurarea bagajelor?** ☐ Da ☐ Nu8. **Calatoriti impreuna cu familia sau in grup?** ☐ Da ☐ NuDaca „DA”, rugam precizati: nr. membri familie .....; nr. persoane grup: ☐ 10 – 20 ☐ 21 – 50 ☐ peste 509. **Informatii despre starea de sanatate a Asiguratului:**a) Urmati in prezent un tratament medical sau urmeaza sa faceti in perioada de asigurare? ☐ Da ☐ Nu

Daca „DA” detalii (diagnosticul, data instalarii bolii, tratamentul): \_\_\_\_\_

b) Suferiti de vreo invaliditate permanenta (de ex: amputari, anchilozari, deformatii ale membrelor sau coloanei vertebrale, surditate, slabirea vederii, tulburari de memorie etc.), boli cronice sau incurabile ( de exemplu: infectare cu HIV/SIDA, cancer etc.)? ☐ Da; ☐ Nu;

Daca „DA” detalii: \_\_\_\_\_

c) Ati fost tratat in ultimele 6 luni din cauza unor boli, accidente sau urmarilor acestora? ☐ Da ☐ Nu

Daca „DA” detalii: \_\_\_\_\_

d) Sunteti insarcinata? ☐ Da; ☐ Nu;

Daca „DA” specificati a cata saptamana de sarcina: \_\_\_\_\_

e) Consumati droguri/stupefiante si in mod abuziv alcool/medicamente? ☐ Da ☐ Nu

f) Alte date relevante despre starea medicala: \_\_\_\_\_

<b>Se completeaza in cazul Asiguratului - persoana fizica:</b>	
Locul nasterii....., BI/CI nr ....., serial/ series ....., emis de.....la data .... / .... / .....,	
Cetatenia ....., Nationalitatea ....., <input type="checkbox"/> Rezident <input type="checkbox"/> Nerezident	
Ocupatia:....., Angajator ori natura activitatii proprii	
Numele beneficiarului real, daca e cazul:.....CNP:.....	
Acord prelucrare date cu caracter personal: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU Persoana expusa public: <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA.	
<b>Se completeaza in cazul Asiguratului - persoana juridica:</b>	
Certificat de inregistrare/documentul de inregistrare la 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 (dupa caz): ..... CNP:.....	
Numele/denumirea beneficiarului real (dupa caz): ..... CNP:.....	
Acord prelucrare date cu caracter personal: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU Persoana expusa public: <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA.	

Declar ca toate informatiile furnizate in prezenta Cerere-chestionar corespund adevarului si nicio 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.

Sunt de acord ca aceasta Cerere-chestionar si alte eventuale acte declarative sa constituie baza Contractului de asigurare si face parte integranta din acesta.

Imputernicesc Allianz-Tiriac Unit Asigurari S.A. sa contacteze toti medicii si toate unitatile sanitare 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 nu ma aflu sub incidenta niciunei sanctiuni economice sau comerciale nationale si/sau internationale si nici nu am cunoscuta de nicio circumstanta care ar putea genera astfel de sanctiuni.

Am luat cunoscuta despre <b>Nota de Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal</b> , 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.
<b>Imi exprim in mod expres acordul</b> , prin semnarea prezentei, ca Allianz-Tiriac Unit Asigurari sa imi prelucreze datele cu caracter personal: [ ] DA [ ] NU
<b>CONSIMTAMANT PRELUCRARE DATE IN SCOP DE MARKETING</b> Subsemnatul/Subscrisa in calitate de Contractant al asigurarii: <b>Imi exprim in mod expres acordul</b> , prin semnarea prezentei, ca Allianz-Tiriac Unit Asigurari sa ma contacteze sau sa ma informeze cu detalii despre produsele furnizate sau despre promotiile, campaniile sau ofertele active. [ ] DA [ ] NU
<b>CONSIMTAMANT PRELUCRARE DATE MINORI</b> Subsemnatul/a in calitate de Contractant al asigurarii: <b>Imi exprim in mod expres acordul</b> , prin semnarea prezentei, ca Allianz-Tiriac Unit Asigurari sa prelucreze datele cu caracter personal ale minorilor pentru incheierea si/sau executarea contractului de asigurare. Declar ca exercit autoritate parinteasca/tutelară asupra acestuia/acestora si il/ii reprezint cu drepturi depline. In cazul in care comunic datele cu caracter personal ale altor persoane <b>ma oblig</b> sa transmit <b>Nota de Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal</b> persoanelor respective si <b>sa detin</b> acordurile necesare (inclusiv pentru minori). [ ] DA [ ] NU

Data completarii: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ASIGURAT / CONTRACTANT,**  
(nume, prenume, semnatura) \_\_\_\_\_