

Cerere de despăgubire

Claim form

Te rugăm să completezi integral, corect și lizibil acest formular, pentru a evalua în mod corespunzător cererea de despăgubire. Este necesară completarea unui formular distinct pentru fiecare persoană sau pentru fiecare afecțiune medicală în parte și atașarea oricăror rezultate histopatologice, endoscopice, teste de diagnosticare, analize de laborator sau rapoarte medicale.

Prelucrarea cererii de despăgubire poate fi întârziată dacă informațiile pe care ni le transmiți sunt incomplete.

Please complete this form fully, correctly, and legibly in order to properly assess the claim request. A separate form must be completed for each person or for each medical condition, and any histopathological results, endoscopic findings, diagnostic tests, laboratory analyses, or medical reports must be attached. The processing of the claim request may be delayed if the information you provide is incomplete.

A. PERSOANA ASIGURATĂ / INSURED PERSON

Nume și prenume / Name and surname

Nr. poliță / Policy no.

Data naștere (zz.ll.aaaa) / Date of birth (dd.mm.yyyy)

--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa de domiciliu (județ, localitate, stradă, număr, cod postal) / Home address (county, city, street, number, postal code)

Adresa de corespondență (în cazul în care este diferită de adresa de domiciliu) / Correspondence address (if different from the home address)

E-mail

Mobil / Mobile

B. EVENIMENTUL MEDICAL / MEDICAL EVENT

Această secțiune trebuie să fie completată de medicul curant, sau de pacient numai în cazul în care există un raport medical de confirmare.

This section must be completed by the attending physician or the patient only if there is a confirming medical report.

Suma solicitată /
Claimed amount

Țara unde a fost efectuat tratamentul /
Country where the treatment was performed

Diagnostic și simptome / Diagnosis and symptoms

Data apariției simptomelor (data la care au fost remarcate prima dată de către pacient) /
Date of the symptoms (date when were first noticed by the patient)

Data primei consultații medicale pentru aceste simptome / Date of the first medical consultation for these symptoms

Tratamentul efectuat / Performed treatment

Intervenția chirurgicală efectuată / Surgical procedure performed

Medicația prescrisă / Prescribed medication

Dacă cererea de despăgubire este în legătură cu sarcina, aceasta a apărut pe cale naturală? /
If the claim request is related to pregnancy, did it occur naturally?

Da / Yes

☐

Nu / No

☐

C. SPITALIZARE / HOSPITALIZATION

Perioada spitalizării / Hospitalization period

Data internării (zz.ll.aaaa) /
Admission date (dd.mm.yyyy)

Data externării (zz.ll.aaaa) /
Discharge date (dd.mm.yyyy)

Dacă sunt planificate tratamente suplimentare, te rugăm să ne contactezi la (+40) 374 521 229 sau client@medihelp.ro
If additional treatments are planned, please contact us at (+40) 374 521 229 or client@medihelp.ro

D. INDEMNIZAȚIE DE SPITALIZARE / HOSPITALIZATION CASH-IN BENEFIT

Dorești să soliciți o indemnizație de spitalizare pentru tratamentul primit cu titlu gratuit (plătit prin sistemul asigurărilor sociale de stat)? / Do you want to request a hospitalization cash-in benefit for the treatment received free of charge (paid through the state social insurance system)?

DA / YES NU / NO

☐☐

Dacă răspunsul este pozitiv, te rugăm să trimiți, împreună cu acest formular, biletul de externare completat cu data internării, a externării și tratamentul efectuat, precum și dovada că serviciile au fost prestate fără a genera vreun cost din partea ta.*

If the answer is yes, please send, along with this form, the discharge note filled with the admission date, discharge date and treatment performed, as well as the proof that the services were provided without generating any cost on your part.*

*Te rugăm să ai în vedere faptul că posibilele diferențe dintre cursurile de schimb valutar rămân în sarcina ta.

*Please be aware that any potential differences in exchange rates remain your responsibility.

E. DETALIILE PLĂȚII / PAYMENT DETAILS

Cine trebuie să primească plata aferentă acestei cereri de despăgubire? (Te rugăm să bifezi o singură opțiune)

Who should receive the payment related to this claim request? (Please check only one option)

Pacientul
(The patient)☐Părintele pacientului minor
(The parent of the minor patient)☐Medicul / Spitalul
(The doctor / The hospital)☐

Numele băncii (Bank name)

Adresa băncii (Bank address)

Cod SWIFT / BIC (SWIFT / BIC code)

Țara în care este emis contul bancar (Country where the bank account is issued)

Nr. cont / IBAN (Account no. / IBAN)

Titular cont (Account owner)

Monedă cont (Account currency)

☐ EUR☐ RON**F. DECLARAȚII ȘI CONSIMȚĂMÂNT CU PRIVIRE LA PRELUCRAREA DATELOR DE SĂNĂTATE /
DECLARATIONS AND CONSENT REGARDING THE PROCESSING OF HEALTH DATA**

☐ Confirm că faptele prezentate în acest formular sunt adevărate și exacte, conform cunoștințelor mele/noastre.
I confirm that the facts presented in this form are true and accurate to the best of my/our knowledge.

☐ Sunt, în mod expres, de acord ca Allianz-Tiriac și MediHelp să prelucreze datele de sănătate, date absolut necesare pentru prestarea serviciilor de asigurare specifice contractului de asigurare încheiat, și le împuternicesc să contacteze medicii curanți pentru orice informații suplimentare, necesare în legătură cu prezenta cerere de despăgubire.

I expressly agree that Allianz-Tiriac and MediHelp may process health data, which are strictly necessary for the provision of insurance services specific to the concluded insurance contract, and I hereby authorize them to contact the attending physicians for any additional information required in connection with this insurance claim.

Cererea de despăgubire este procesată de MediHelp Customer Care S.R.L., împuternicit în acest sens de către Allianz-Țiriac Asigurări S.A.

Notificarea Allianz-Țiriac, privind prelucrarea datelor, poate fi găsită la

[https://www.allianztiiriac.ro/content/dam/onemarketing/cee/azro/documente/c\)-aspecte-legale/gdpr/Notificare_privind_prelucrarea_datoror_cu_caracter_personal.pdf](https://www.allianztiiriac.ro/content/dam/onemarketing/cee/azro/documente/c)-aspecte-legale/gdpr/Notificare_privind_prelucrarea_datoror_cu_caracter_personal.pdf)

Politicile MediHelp, privind protecția datelor, pot fi găsite la <https://www.medihelp.ro/protecția-datoror-si-confidențialitate>

Declar că datele incluse în această cerere sunt reale și în conformitate cu informațiile de care dispun. Sunt de acord ca datele mele să fie înregistrate și procesate în baza de date Allianz-Țiriac Asigurări S.A. și MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L., și să trimit documentele în original, la solicitarea Allianz-Țiriac sau MediHelp. Sunt de acord să mandatez MediHelp să gestioneze datele puse la dispoziție de către mine, privind starea mea de sănătate sau starea de sănătate a asiguraților mei dependenți minori, datele financiare, documentele și informațiile necesare, strict în relație cu dosarele de despăgubire deschise la Allianz-Țiriac.

Prin prezenta, îmi exprim consimțământul expres pentru următoarele:

Societățile Allianz-Țiriac și MediHelp au acordul meu expres și sunt pe deplin împuternicite de către mine să contacteze orice medic, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, în scopul obținerii oricăror documente privind: starea mea fiziologică și/sau patologică, investigații și analize efectuate, tratamente administrate și cure stabilite de către medici. Împuternicirea menționată mai sus nu poate fi folosită decât în contextul analizei medicale a unui dosar de daună deschis în numele meu și își menține valabilitatea atât în timpul vieții mele, cât și după deces, până la momentul finalizării dosarului de daună.

Prin prezenta îmi dau acordul expres și autorizez orice medic curant, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, să furnizeze aceste date către Allianz-Țiriac și MediHelp și îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informații. Am luat la cunoștință că Allianz-Țiriac și MediHelp au dreptul de a solicita și de a primi detalii de la medicii care m-au consultat, respectiv tratat, precum și de la orice instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, atât înainte, cât și după producerea evenimentului asigurat. În acest context, îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informații pe toți cei care vor fi chestionați în cauză și li se vor solicita documente medicale referitoare la persoana mea, chiar și după deces.

Înțeleg pe deplin și sunt întru totul de acord că prezenta este valabilă pe toată durata în care am calitatea de asigurat într-o poliță de asigurare la Allianz-Țiriac, precum și după încetarea asigurării, până la data finalizării dosarului de daună. Înțeleg pe deplin că neacordarea prezentului consimțământ, pentru prelucrarea datelor privind starea de sănătate, va duce la imposibilitatea executării contractului de asigurare în care sunt parte sau ale cărui efecte se produc față de mine, inclusiv, fără a se limita la activitatea de plată a beneficiilor contractului de asigurare.

Înțeleg pe deplin și sunt întru totul de acord că informațiile și datele furnizate vor fi prelucrate de persoanele autorizate de către Allianz-Țiriac și MediHelp în acest scop (angajate sau împuternicite în acest sens). Prezentul consimțământ reprezintă acordul expres dat de către subsemnatul în calitate de asigurat, are valoare de autorizare și constituie exonerare de responsabilitate.

Sunt de acord, în conformitate cu prevederile legale aplicabile, în special cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date ("GDPR"), ca toate datele personale furnizate (privind starea mea de sănătate/istoricul meu medical, CNP-ul, numele, adresa, data de naștere, datele socio-profesionale și orice alte date necesare desfășurării activității de asigurare și reasigurare), să fie transmise către Allianz-Țiriac și MediHelp, precum și către alte societăți de asigurare și reasigurare, cu scopul de evaluare a riscurilor, plata beneficiilor contractului, coasigurare și reasigurare. Astfel de date pot fi, de asemenea, comunicate către orice altă societate de asigurare sau de reasigurare din străinătate pentru aceleași scopuri, informațiile păstrându-și caracterul confidențial.

Prin prezenta, dau acces deplin companiei de asigurări la toate datele medicale, informații despre spitalizări și orice alte date legate de activitatea de subscriere și de evaluare a daunelor. Prin prezenta declar că am fost informat de către Allianz-Țiriac și MediHelp cu privire la prelucrarea datelor mele personale în scopul soluționării cererii de despăgubire, conform "Notificare privind prelucrarea datelor cu caracter personal" a Allianz-Țiriac, de care am luat la cunoștință.

The claim request is processed by MediHelp Customer Care S.R.L., authorized for this purpose by Allianz-Tiriac Asigurări S.A.

The Allianz-Tiriac data processing notice can be found at

https://www.allianztiriac.ro/content/dam/online/marketing/cee/azro/documente/c-aspecte-legale/gdpr/Notification_processing_of_personal_data.pdf

MediHelp's data protection policies can be found at <https://www.medihelp.ro/protectia-datelor-si-confidentialitate>

I declare that the data included in this request is real and in accordance with the information I have.

I agree that my data will be registered and processed in the database of Allianz-Tiriac Asigurări S.A. and MediHelp International Broker de Asigurare, and to send the original documents upon request by Allianz-Tiriac or MediHelp.

I agree to authorize MediHelp to manage the data provided by me regarding my health status or the health status of my dependent minor insureds, financial data, documents, and necessary information strictly in relation to the claim files opened at Allianz-Tiriac.

I hereby give my express consent for the following:

Allianz-Tiriac and MediHelp have my express agreement and are fully authorized by me to contact any doctor, public or private medical institution, or any other institution holding information regarding my medical history, for the purpose of obtaining any documents regarding: my physiological and/or pathological condition, investigations and analyses performed, treatments administered, and cures established by doctors. The above-mentioned authorization can only be used in the context of the medical analysis of a claim file opened in my name and remains valid both during my lifetime and after death, until the claim file is finalized.

I hereby give my express consent and authorize any attending physician, public or private medical institution, or any other institution holding information regarding my medical history, to provide these data to Allianz-Tiriac and MediHelp and exempt them from professional secrecy regarding these information.

I acknowledge that Allianz-Tiriac and MediHelp have the right to request and receive details from the doctors who consulted or treated me, as well as from any institution holding information regarding my medical history, both before and after the insured event occurred. In this context, I exempt from professional secrecy all those who will be questioned in the matter and will be requested medical documents regarding me, even after death.

I fully understand and agree that this is valid for the entire duration I am insured under an Allianz-Tiriac insurance policy, as well as after the termination of the insurance, until the claim file is finalized. I fully understand that not granting this consent for the processing of health data will result in the impossibility of performing the insurance contract to which I am a party or whose effects also apply to me, including, without limitation, the activity of paying benefits under the insurance contract.

I fully understand and agree that the information and data provided will be processed by persons authorized by Allianz-Tiriac for this purpose (employees or authorized persons).

This consent represents the express agreement given by the undersigned as the insured, has the value of authorization, and constitutes an exemption from liability.

I agree, in accordance with applicable legal provisions, especially with the provisions of Regulation (EU) 2016/679 of April 27, 2016, regarding the protection of individuals with regard to the processing of personal data and the free movement of such data ("GDPR"), that all personal data provided (regarding my health status/medical history, personal identification number, name, address, date of birth, socio-professional data, and any other data necessary for carrying out insurance and reinsurance activities) may be transmitted to Allianz-Tiriac and MediHelp, as well as to other insurance and reinsurance companies, for the purpose of risk assessment, contract benefit payment, co-insurance, and reinsurance. Such data may also be communicated to any other insurance or reinsurance company abroad for the same purposes, with the information retaining its confidential nature.

I hereby give the insurance company full access to all medical data, hospitalization information, and any other data related to underwriting and claims assessment activities. I hereby declare that I have been informed by Allianz-Tiriac and MediHelp regarding the processing of my personal data for the purpose of resolving the claim request, according to Allianz-Tiriac's "Notification on the processing of personal data", which I have acknowledged.

Nume și prenume persoană asigurată
Name and surname of the insured person

Data
Date

Semnătură
Signature