

ASIGURAREA MEDICALA PENTRU CALATORII IN STRAINATATE Extra TRAVEL
COMPLEX TRAVEL HEALTH INSURANCE FOR TRIPS MADE ABROAD

POLITA NR/POLICY NO: 20014075

Asigurat/Insured:	&AMP; CEVA ? INTREB	CNP/PIN:	346346734563456
Adresa/Address:			
Pasaport/Passport:		Carte de identitate/ID card:	

Contractant/Contractor:	&AMP; CEVA ? INTREB	CNP/PIN:	346346734563456
Adresa/Address:			
Pasaport/Passport:		Carte de identitate/ID card:	

Acoperire teritoriala/Territorial coverage:

Destinatia finala/Final destination:

Scopul calatoriei/Travel purpose:

Acoperiri/Sume asigurate

Coverages/Sum insured:

EUROPA+TURCIA			
TURKEY			
Turist / Tourist			
TRAVEL: 5,000 EUR			
Sporturi de agrement:	☐	DA	☒ NU
Bagaje de calatorie:	0 EUR		
Pierdere, furt, distrugere documente:	1,000 EUR		
Raspundere civila legala:	1,000 EUR		
STORNO CLASIC - Valoarea totala a pachetului de servicii turistice 200 EUR			
Interruperea calatoriei:	300 EUR		
Calatoria se face cu , fiind ☐			
Suma asigurata din cadrul sectiunii Storno esta stabilita pe pachetul turistic ce cuprinde:			
☒ o persoana ☐ un grup de 1 persoane			

Perioada asigurata/Insured period:

6 zile/days	de la/from: 25-06-2015	pana la/to: 30-06-2015
Perioada de valabilitate pentru acoperirea STORNO CLASIC si/sau STORNO CLASIC si STORNO CALATORII CU AVIONUL incepe de la data semnarii Contractului de comercializare a pachetului de servicii turistice si platii avansului/sau a pretului intreg al Pachetului turistic, dar nu mai devreme de ora 24:00 a zilei in care a fost emisa Polita de asigurare si s-a incasat Prima de asigurare si inceteaza la data si ora de inceput a calatoriei/primei calatorii, conform Contract de comercializare a pachetului de servicii turistice.		
16.67 LEI		

Prima de asigurare/Insurance premium:

Mentiuni speciale/Special provisions:

Pentru acoperirea STORNO CALATORII CU AVIONUL, in cazul falimentului companiei de transport aerian dovedit cu inscrisuri, ii este aplicabila o Fransiza deductibila pentru fiecare Eveniment/sau, in cazul Evenimentelor multiple, pe intreaga perioada de valabilitate de 10 % aplicabila la biletul de calatorie.

ASIGURATOR/INSURER,

(semnatura, stampila/
signature, stamp)

INTERMEDIAR/INSURANCE AGENT,

(denumire, semnatura, stampila/
name, signature, stamp)

ASIGURAT/CONTRACTANT,
INSURED/CONTRACTING PARTY

(denumire, semnatura, stampila/
name, signature, stamp)

Gothaer Asigurari Reasigurari S.A.

Cod unic alocat de ASF:

&AMP; CEVA ? INTREB

Emisa de/Issued by:

Data/Date:

SUBSCRIERE PRIN WEBSERVICE

16-06-2015

Subsemnatul, declar ca am primit, am luat la cunostinta si sunt de acord cu prevederile Condițiilor generale de asigurare 18/2030/CG/I.0/05.03.14 aferente prezentei Polite. Subsemnatul, prin prezenta declar ca in conformitate cu prevederile Legii nr. 677/2001 sunt de acord cu prelucrarea si stocarea datelor cu caracter personal - inclusiv CNP de catre Gothaer Asigurari Reasigurari S.A., inregistrata la Autoritatea Natioanala de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal cu numerele 4198/2007 si 4200/2007, in scopul administrării Contractelor de asigurare, activitatilor de marketing, statistice, studii de cercetare, actiuni dedirectmailing, altele. De asemenea, sunt de acord cu prelucrarea ulterioara incetarii Contractului de asigurare a datelor mele personale de catre Gothaer Asigurari Reasigurari S.A. in scopuri statistice si de arhivare.

Am luat la cunostinta de faptul ca, in conformitate cu prevederile aceleiasi Legi, am drept de acces, de interventie asupra datelor si de opozitie si pot sa-mi exercit aceste drepturi adresandu-ma Gothaer Asigurari Reasigurari S.A.

Daca nu doriti sa primiti informatii despre produse, servicii si evenimente etc. oferite, bifati NU [] .

Am luat la cunostinta ca Polita de asigurare, impreuna cu Condițiile generale de asigurare si toate documentele semnate sau acceptate prin mijloace online de catre Asigurat, precum si toate documentele emise cu acordul partilor, de catre Asigurator, in format fizic, pe hartie sau in format electronic, in legatura cu prezenta asigurare, sunt considerate parte integranta a Contractului de asigurare.

Declar ca toate informatiile furnizate pentru emiterea Politei de asigurare corespund adevarului si nicio circumstanta care ar putea influenta riscul nu a fost ascunsa. Orice informatie declarata eronat sau incomplet atrage posibilitatea anularii dreptului la despagubire.

In calitate de Contractant al asigurarii, declar ca am capacitatea legala de a incheia Contractul de asigurare.

Declar ca data emiterii Politei coincide cu data achizitionarii pachetului turistic, data la care am achitat prima de asigurare.

***Declar ca la momentul incheierii prezentei polite de asigurare:**

☐	Ma aflu pe teritoriul Romaniei. <i>In cazul in care nu te mai afli pe teritoriul Romaniei, poti achizitiona Polita daca nu s-au depasit 4 saptamani de la data plecarii tale in strainatate, valabilitatea Politei incepand dupa 7 zile de la achizitionare.</i>
☒	Nu am cunostinta sa sufar de vreo afectiune acuta sau cronica.
☒	Nu urmez un tratament medical si nu urmeaza sa incep unul in perioada de asigurare.
☒	Nu consum in mod uzual medicamente sau alte substante interzise sau considerate abuzive.
☒	Nu sufar de invalide permanente.
☒	Nu am fost spitalizat/spitalizata in ultimele 12 luni.
☒	Nu sunt insarcinata.

* Cele declarate mai sus sunt valabile si aplicabile, cu exceptia cazului in care nu s-a convenit altfel intre parti prin inscrierea exceptiei la rubrica Mentii speciale din Polita de asigurare.

In cazul producerii unui Eveniment asigurat aferent Sectiunii Travel:

In cazul producerii unui Eveniment asigurat, Asiguratul ESTE OBLIGAT sa contacteze APRIL ASSISTANCE in cel mai scurt timp posibil de la producerea Evenimentului sau de la luarea la cunostinta, dar inainte de a organiza/beneficia de orice serviciu medical, de transport, sau repatriere. In cazul in care Asiguratul se afla in imposibilitatea de a contacta APRIL ASSISTANCE, aceasta obligatie ii revine uneri terte persoane (ruda, prieten, cadru medical).

In cazul in care APRIL ASSISTANCE nu este informata anterior prestarii serviciilor medicale sau de transport medical ori repatriere in Romania sau nu exista documente care sa justifice intarzierea informarii, Asiguratorul este indreptatit sa refuze plata Despagubirii.

APRIL ASSISTANCE poate fi apelat 24 de ore din 24, 7 zile din 7, utilizand limba romana, dar si alte limbi de circulatie internationala.

In case of an occurrence of an Insured event, the Insured IS OBLIGED to contact APRIL ASSISTANCE, in the shortest possible time since the Insured event occurred or since when the Insured has knowledge about, but previous organizing/receiving any medical service, transportation or repatriation. If the Insured is unable to contact APRIL ASSISTANCE this obligation returns to a third party (relative, friend, doctor).

If APRIL ASSISTANCE was not informed before receive any medical services, medical transportation or repatriation in Romania or if there is no documentation to justify the delay of notification APRIL ASSISTANCE, the Insurer is entitled to refuse to indemnify.

APRIL ASSISTANCE is available 24/24, 7/7, using Romanian language or other international languages.

DATE DE CONTACT APRIL ASSISTANCE pentru avizari daune Travel / APRIL ASSISTANCE contact details for medical claims:

T: +40 21 201 90 30/ F: +40 21 201 90 40/E-mail: operations@ro.april.com; assistance@ro.april.com

DATE DE CONTACT Gothaer Asigurari Reasigurari S.A. pentru avizari daune Storno:

ASIGURATOR/INSURER,
(semnatura, stampila/
signature, stamp)

INTERMEDIAR/INSURANCE AGENT,
(denumire, semnatura, stampila/
name, signature, stamp)

ASIGURAT/CONTRACTANT,
INSURED/CONTRACTING PARTY,
(nume, prenume/denumire, semnatura, stampila/
name, signature, stamp)

Gothaer Asigurari Reasigurari S.A.

Cod unic alocat de ASF:
S.C. EXIMTUR S.R.L.

&CEVA ? INTREB

ASIGURAREA COMPLEXA A CALATORIILOR EFECTUATE IN STRAINATATE

- Cerere chestionar -

I. DATE GENERALE

1. Asigurat (nume, prenume): & & CEVA ? INTREB CNP/CUI: 346346734563456
Adresa: _____ Varsta: 35
Telefon: _____ E-mail: _____
Pasaport nr.: _____ Cetatenia: Straina
2. Contractant (nume, prenume/denumire): & & CEVA ? INTREB CNP/CUI: 346346734563456
Adresa: _____

II. INFORMATII REFERITOARE LA CALATORIE

2. Sectiunea privind Asigurarea medicala pentru calatorii efectuate in strainatate

2.1. Scopul calatoriei: ☒ Turist; ☐ Afaceri;

2.2. Acoperirea teritoriala:

☒ Europa + Turcia; ☐ Toate tarile, cu exceptia SUA, Canada, Israel; ☐ Toate tarile.

Mentiuni privind acoperirea teritoriala:

- a) Europa si Turcia, insemnand Europa in sensul ei geografic, incluzand insulele Mediteraneene, Maroc, Algeria, Creta, Tunisia, Libia, Egipt, Cipru, Malta dar si in Iordania, Islanda si intreg teritoriul Turciei si Rusiei;
b) Toate tarile cu exceptia SUA, Canada, Israel: valabilitatea teritoriala este in toate tarile lumii exceptand SUA, Canada, Israel. In aceasta categorie de acoperire teritoriala sunt incluse la acoperiri si Insulele Canare, Insula Madeira, Arhipelagul Azore;
c) Toate tarile: valabilitatea teritoriala este in toate tarile lumii, inclusiv SUA, Canada, Israel.

Tara vizitata/tarile sau teritoriile vizitate: TURKEY

2.3. Durata calatoriei: 6 zile, de la: 25-06-2015 pana la: 30-06-2015

2.4. Suma asigurata solicitata:

☒ 5,000 EUR; ☐ 10,000 EUR; ☐ 30,000 EUR; ☐ 50,000 EUR.

2.5. Solicitati si Asigurarea bagajelor?

☐ Da; ☒ Nu;

2.6. Calatoriti impreuna cu familia sau in grup?

☐ Da; ☒ Nu;

Daca "Da", rugam precizati: nr. membrii familie ____;

Nr. persoane grup: ☐ 10 - 20; ☐ 21 - 50; ☐ peste 50.

3. Pe durata calatoriei intentionati sa practicati urmatoarele sporturi de agrement cu grad mediu de risc: baschet, biliard, bowling, calatorii cu balonul cu aer (cu rezervare prealabila la agentia de turism), echitatie, fotbal, handbal, paintball, roller skating, sanius in locuri special amenajate, schi nautic, schi in locuri special amenajate, scufundari (la o adancime de maxim 6 metri) efectuate asistat si in grup organizat, snorkelling, snowboard in locuri special amenajate, tenis, tir de agrement, trageri cu arcul, volei.

☒ Nu; ☐ Da. Sunt de acord cu plata Primei de asigurare suplimentare.

Mentiuni privind sporturile de agrement:

Activitatile sportive recreationale cu grad redus de risc incluse automat in acoperirile Contractului de asigurare, fara plata de Prima de asigurare suplimentara sunt: ciclism turistic (fara ciclism montan, acrobatic), excursii montane fara catarari (drumetii), golf, inot, jogging (alergari usoare), navigatie de agrement in ape teritoriale (nu in calitate de membru al echipajului), patinaj, pescuit de agrement.

4. Secțiunea privind Asigurarea de anulare/întrerupere a călătoriei în străinătate

Destinația: (localitate, țară)		Locul de plecare:	
Numar zile călătorie:			
Data și ora plecării de la domiciliu:		Data și ora sosirii la destinație:	
Data și ora programată pentru retur:		Data și ora programată pentru sosirea la domiciliu:	
Modalitatea de transport	☐ rutier (mijlocul de transport)	☐ aerian, cursa: ☐ de linie ☐ low cost ☐ charter Denumirea companiei de transport:	
	☐ feroviar (detalii)	☐ linie de croaziera (detalii)	

5. INFORMATII PRIVIND PACHETUL DE CALATORIE

Agentia de turism: (Denumire/Sediu social)	
Numarul Contractului de comercializare _____ incheiat in data:/...../.....	
Data cumpararii Pachetului de calatorie se afla in perioada aplicarii de penalizari in caz de anulare a plecarii in calatorie? Nu Da. Prezentați detalii privind aplicarea penalizarilor: - de la contractare pana la __ de zile inainte de data plecarii, __ % penalizare - de la contractare pana la __ de zile inainte de data plecarii, __ % penalizare - de la contractare pana la __ de zile inainte de data plecarii, __ % penalizare - de la contractare pana la __ de zile inainte de data plecarii, __ % penalizare - de la contractare pana la __ de zile inainte de data plecarii, __ % penalizare - de la contractare pana la __ de zile inainte de data plecarii, __ % penalizare	
Pretul contractului de comercializare a pachetului de servicii turistice: _____ 200 EUR _____;	
Din care la data completării prezentei Cereri-chestionar a fost achitat:	
Avans pentru pachetul de servicii _____, reprezentand __% din valoarea totală a pachetului de servicii la data de/...../.....,	
Valoarea integrală a pachetului de servicii la data de/...../.....	
Suma asigurată se va stabili în Lei și reprezintă valoarea pachetului turistic, fiind echivalentul în Lei la data emiterii Politei.	
Suma asigurată este stabilită pe pachet turistic ce cuprinde: o persoană _____ un grup de _____ persoane. Menționați valoarea pachetului turistic pe persoană _____	
Data plecării în călătorie/...../....., ora	

NOTA: Fransiza deductibila, in caz de faliment al companiei aeriene reprezinta 10% din valoarea biletului de calatorie

6. INFORMATII PRIVIND STAREA DE SANATATE

- a) Urmati in prezent un tratament medical sau veti urma in perioada de asigurare? ☐ Da; ☐ Nu;

Daca "Da" va rugam sa prezentati detalii.

- 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" va rugam sa prezentati detalii

- c) Suferiti sau ati suferit de una sau mai multe din urmatoarele afectiuni: hipo sau hipertensiune arteriala, ulcer, tuberculoza, hernie, diabet, cancer, sifilis, paralizie, artrita, reumatism, apoplexie, epilepsie, paralizie, infirmitati mentale, delirium tremens, alcoolism, toxicomanie, afectiuni ale aparatului genito-urinar sau digestiv, afectiuni ale coloanei vertebrale, splina, afectiuni cardiace, leucemie, insuficienta respiratorie, dializa renala, diabet zaharat, ciroza hepatica, altele decat cele specificate mai sus.

☐ Da; ☐ Nu;

Daca "Da" va rugam sa prezentati detalii

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

Daca "Da" va rugam sa prezentati detalii.

- e) Consumati in mod regulat medicamente? ☐ Da; ☐ Nu;

Daca "Da" va rugam sa prezentati detalii cu privire la:

natura afectiunii

- durata de la debutul afectiunii
- tratamentul efectuat
-

- f) Ati suferit interventii chirurgicale in ultimele 6 luni? ☐ Da; ☐ Nu;

Daca "Da" va rugam sa prezentati detalii

- g) Prezentati, daca considerati necesar, alte date relevante despre starea medicala.

Prima de asigurare se stabileste si se achita in Lei, integral si anticipat.

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.

Subsemnatul declar ca, in conformitate cu prevederile Legii nr. 677/2001, sunt de acord cu prelucrarea si stocarea datelor cu caracter personal de catre Gothaer Asigurari Reasigurari S.A., inregistrata la Autoritatea Nationala de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal cu numerele 4198/2007 si 4200/2007, in scopul administrării contractelor de asigurare, activitatilor de marketing, statistice, studii de cercetare, actiuni de direct-mailing, altele. De asemenea, sunt de acord cu prelucrarea ulterioara incetării Contractului de asigurare a datelor mele personale de catre Gothaer Asigurari Reasigurari S.A. in scopuri statistice si de arhivare. Am luat la cunostinta de faptul ca, in conformitate cu prevederile aceleiasi Legi, am drept de acces, de interventie asupra datelor si de opozitie si pot sa-mi exercit aceste drepturi adresandu-ma Gothaer Asigurari Reasigurari S.A. Daca nu doriti sa primiti informatii despre produsele, serviciile si evenimentele etc. oferite, bifati NU [].

ASIGURAT / CONTRACTANT,
&CEVA ? INTREB

Data completarii: 16-06-2015

(Nume, prenume / Denumire / Semnatura / Stampila)