

ASIGURAREA MEDICALA PENTRU CALATORII IN STRAINATATE Smart TRAVEL
TRAVEL HEALTH INSURANCE

Polita nr/Policy no: 20013793

Asigurat/Insured:	ALIVADA EIGME		CNP/PIN:	46402150798	
Adresa/Address:					
Pasaport/Passport:			Carte de identitate/ID card:		
Contractant/Contractor:	ALIVADA EIGME		CNP/PIN:	46402150798	
Adresa/Address:					
Acoperirea teritoriala/Territorial coverage:	EUROPA+TURCIA				
Tarile tranzitate/Transited countries:	TURKEY				
Scopul calatoriei/Travel purpose:	Turist / Tourist		Sporturi de agrement/Entertainment sports	☐ DA ☒ NU	
Acoperiri/Sume asigurate Coverages/Sum insured:	31000 EUR		Asigurarea Bagajelor/Luggage:	1000 EUR	
	Raspundere civila legala:		1,000 EUR		
Perioada asigurata/Insured period:	36	zile/days, de la/from:	25-08-2015	pana la/to:	29-09-2015
Prima de asigurare/Insurance premium:	148.48				
Mentiuni speciale/Special provisions:					

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

Gothaer Asigurari Reasigurari S.A.
SUBSCRIERE PRIN WEBSERVICE

INTERMEDIAR/ INSURANCE AGENT,
(nume, prenume/denumire, semnatura, stampila/
name, signature, stamp)
S.C. EXIMTUR S.R.L.

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

Data: 04-06-2015

Prezenta Polita de asigurare, Condițiile generale si speciale de asigurare, precum si orice alt document semnat de catre parti fac parte integranta din Contractul de asigurare. Prin semnarea prezentei Polite, declar ca am primit si am luat la cunostinta de Condițiile generale si speciale de asigurare 18/2000/CG/I.1/21.06.13 si ca informatiile furnizate in Cererea - chestionar la incheierea asigurarii sunt reale si in conformitate cu datele de care dispun. 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 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 directmailing, 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 oferite, bifati NU [].

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 anterior de a organiza/beneficia de oricare serviciu medical, de transport sau repatriere. In cazul in care Asiguratul se afla in imposibilitatea de a contacta APRIL ASSISTANCE, aceasta obligatie ii revine unei 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 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 / APRIL ASSISTANCE CONTACT DETAILS:

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

ASIGURAREA DE ASISTENTA MEDICALA PENTRU CALATORII IN STRAINATATE
- Cerere chestionar -

POLITA NR/POLICY NO: 20013793

1. Asigurat (nume, prenume): ALIVADA EIGME

CNP: 46402150798

Adresa:

Varsta: 35

C.I. seria / nr.: _____

Pasaport nr.: _____

Cetatenia: _____

2. Contractant (nume, prenume/denumire): ALIVADA EIGME

CNP/CUI: 46402150798

Adresa:

3. Scopul calătoriei: ☒ Turist; ☐ Afaceri; ☐ Munca, doar activități de birou, IT, Industria ușoară, Agricultură

(exclus: orice muncă mecanizată, conducători de utilaje agricole și altele asemenea) și alte activități cu risc redus precum: sistemul medical, servicii sociale, învățământ, spalatorii auto, industria hotelieră, bucătari, ospatari, chelneri, barmani, stewarzi, ghizi turistici și prin asimilare cu cele enumerate anterior, alte activități lucrative cu grad redus de accidentare sau îmbolnăvire).

Prezentati detalii despre domeniu de activitate, profesie și angajator: _____

4. Acoperirea Teritorială: EUROPA+TURCIA

Tara/ tarile vizitate: TURKEY

5. Durata calătoriei, zile: 36, de la: 25-08-2015 până la: 29-09-2015

6. Suma asigurată solicitată: 31000 EUR

7. Solicitați și Asigurarea bagajelor?

☒ Da; ☐ Nu;

8. Calătoriți împreună cu familia sau în grup?

☐ Da; ☒ Nu;

Dacă "DA", rugăm precizați nr. membrii familie: _____; nr persoane grup: ☐ 10-20; ☐ 21-50; ☐ peste 50;

9. Pe durata calătoriei intenționați să practicați sporturi de agrement (ex. ski, snowboard, scufundări)?

☐ Da; ☒ Nu;

10. Informații despre starea de sănătate a Asiguratului:

a) Urmăți în prezent un tratament medical sau urmează să faceți în perioada de asigurare?

☐ Da; ☐ Nu;

Dacă "DA" detaliați (diagnosticul, data instalării bolii, tratamentul): _____

b) Suferiți de vreo invaliditate permanentă (ex: amputări, anchilozări, deformări ale membrilor sau coloanei vertebrale, surditate, slăbirea vederii, tulburări de memorie etc.), boli cronice sau incurabile (ex: infectare cu HIV/SIDA, cancer etc.)?

☐ Da; ☐ Nu;

Dacă "DA" detaliați _____

c) Ați fost tratat în ultimele 6 luni din cauza unor boli, accidente sau urmarilor acestora?

☐ Da; ☐ Nu;

Dacă "DA" detaliați _____

d) Sunteți însărcinată?

☐ Da; ☐ Nu;

Dacă "DA" specificați a căta săptămână de sarcină _____

e) Consumați droguri/stupefiante și în mod abuziv alcool/medicamente?

☐ Da; ☐ Nu;

f) Alte date relevante despre starea medicală: _____

Se completează în cazul Asiguratului - persoană fizică: Locul nașterii, BI/CI nr, seria, emis de, la data / /; Cetățenia, Nationalitatea, [] Rezident / [] Nerezident; Ocupația:, Angajator ori natură activității proprii, Numele beneficiarului real, dacă e cazul Persoană expusă politic [] Nu; [] Da.

Se completează în cazul Asiguratului - persoană juridică:

Certificat de înregistrare/documentul de înregistrare la ONRC sau alte autorități similare: nr, seria, data / /; Identitatea persoanelor care, potrivit actelor constitutive și/sau hotărârii organelor statutare, sunt investite cu competența de a conduce și reprezenta entitatea, precum și puterile lor de a angaja entitatea:

Structura acționariatului/asociaților:

Numele/denumirea beneficiarului real:

Declar că toate informațiile furnizate în prezenta Cerere- chestionar corespund adevărului și nici o circumstanță care ar putea influența riscul nu a fost ascunsă. Orice informație declarată eronat sau incomplet în Cererea- chestionar atrage posibilitatea anulării dreptului la despăgubire. Imputernicesc Gothaer Asigurări Reasigurări S.A. să contacteze toți medicii și toate unitățile medicale care m-au consultat și tratat, în țară și în străinătate și dezleg de obligația păstrării secretului profesional pe toți cei care vor fi chestionați în cauză, chiar și după decesul meu.

Declar că datele incluse în prezenta Cerere- chestionar sunt reale și în conformitate cu documentele și informațiile de care dispun, fiind de acord să stea la baza și să fie parte integrantă a Contractului de asigurare.

Declar că nu mă aflu sub incidența niciunei sancțiuni economice sau comerciale naționale și/sau internaționale și nici nu am cunostință de nicio circumstanță care ar putea genera astfel de sancțiuni.

Subsemnatul declar că, în conformitate cu prevederile Legii nr. 677/2001, sunt de acord cu prelucrarea și stocarea datelor cu caracter personal de către GOTHAEER Asigurări Reasigurări S.A., înregistrată la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal cu numerele 4198/2007 și 4200/2007, în scopul administrării contractelor de asigurare, activităților de marketing, statistice, studii de cercetare, acțiuni de direct-mailing, altele. De asemenea, sunt de acord cu prelucrarea ulterioară încetării Contractului de asigurare a datelor mele personale de către GOTHAEER Asigurări Reasigurări S.A. în scopuri statistice și de arhivare. Am luat la cunostință de faptul că, în conformitate cu prevederile aceleiași Legi, am drept de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție și pot să-mi exercit aceste drepturi adresându-mă GOTHAEER Asigurări Reasigurări S.A. Dacă nu doriți să primiți informații despre produsele, serviciile și evenimentele etc. oferite, bifati NU [].

Data completării: 04-06-2015

ASIGURAT/CONTRACTANT
(nume, prenume, semnatura)

ALIVADA EIGME