

ASIGURAREA MEDICALA PENTRU CALATORII IN STRAINATATE Smart TRAVEL
- Cerere chestionar -

NR. POLITA / POLICY NO: 20324215

1.Asigurat (nume, prenume): SANEK MARIA ECATERINA

CNP: 6140326125808

Adresa:

Varsta: 1

C.I. seria / nr.: _____

Pasaport nr.: _____

Cetatenia: _____

2.Contractant (nume, prenume/denumire): SANEK TIBERIU CRISTIAN

CNP/CUI: 1830818060446

Adresa:

3.Scopul calatoriei: ☒ Turist; ☐ Afaceri; ☐ Munca, doar activitati de birou, IT, Industria usoara, Agricultura
(exclus: orice munca mecanizata, conducatori de utilaje agricole si altele asemenea) si alte activitati cu risc redus precum:
sistemul medical, servicii sociale, invatamant, spalatorii auto, industria hoteliera, bucatari, ospatari, chelneri, barmani, stewarzi,
ghizi turistici si prin asimilare cu cele enumerate anterior, alte activitati lucrative cu grad redus de accidentare sau imbolnavire).
Prezentati detalii despre domeniu de activitate, profesie si angajator: _____

4.Acoperirea Teritoriala: EUROPA+TURCIA

Tara/ tarile vizitate:

5.Durata calatoriei, zile: 7, de la: 24-06-2015 pana la: 30-06-2015

6.Suma asigurata solicitata: 31000 EUR

7.Solicitati si Asigurarea bagajelor?

☐ Da; ☐ Nu;

8.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;

9.Pe durata calatoriei intentionati sa practicati sporturi de agrement (ex. ski, snowboard, scufundari)? ☒ Da; ☐ Nu;

10. 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 (ex: amputari, anchilozari, deformatii ale membrelor sau coloanei vertebrale, surditate, slabirea vederii, tulburari de memorie etc.), boli cronice sau incurabile (ex: 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: _____

Se completeaza in cazul Asiguratului - persoana fizica: Locul nasterii, BI/CI nr, seria, emis dela 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 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:
.....

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

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.

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 numarele 4198/2007 si 4200/2007, in scopul administrarii contractelor de asigurare, activitatilor de marketing, statistice, studii de cercetare, actiuni de direct-mailing, 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

Data completarii: 25-06-2015

ASIGURAT/CONTRACTANT
(nume, prenume, semnatura)

SANEK TIBERIU CRISTIAN