

ASIGURAREA MEDICALA PENTRU CALATORII IN STRAINATATE Smart TRAVEL
TRAVEL HEALTH INSURANCE

Polita nr/Policy no: 20014218

Asigurat/Insured:	CHIACU HRISTU	CNP/PIN:	5465465
Adresa/Address:			
Pasaport/Passport:		Carte de identitate/ID card:	
Contractant/Contractor:	CHIACU HRISTU	CNP/PIN:	5465465
Adresa/Address:			
Acoperirea teritoriala/Territorial coverage:	EUROPA+TURCIA		
Tarile tranzitate/Transited countries:	RUSSIA		
Scopul calatoriei/Travel purpose:	Afaceri/ Business	Sporturi de agrement/Entertainment sports	☒ DA ☐ NU
Acoperiri/Sume asigurate	31000 EUR	Asigurarea Bagajelor/Luggage:	0 EUR
Coverages/Sum insured:	Raspundere civila legala:	1,000 EUR	
Perioada asigurata/Insured period:	9 zile/days, de la/from:	30-08-2015	pana la/to: 07-09-2015
Prima de asigurare/Insurance premium:	33.76		
Mentiuni speciale/Special provisions:			

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

Gothaer Asigurari Reasigurari S.A.

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)
CHIACU HRISTU

SUBSCRIERE PRIN WEBSERVICE

Data: 29-06-2015

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: 20014218

1. Asigurat (nume, prenume): CHIACU HRISTU

CNP: 5465465

Adresa:

Varsta: 35

C.I. seria / nr.: _____

Pasaport nr.: _____

Cetatenia: _____

2. Contractant (nume, prenume/denumire): CHIACU HRISTU

CNP/CUI: 5465465

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: RUSSIA

5. Durata calătoriei, zile: 9, de la: 30-08-2015 până la: 07-09-2015

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 completeaza in cazul Asiguratului - persoana fizica: Locul nasterii, BI/CI nr, seria, emis de, la 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:

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 GOTHAEER 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 GOTHAEER 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 GOTHAEER Asigurari Reasigurari S.A. Daca nu doriti sa primiti informatii despre produsele, serviciile si evenimentele etc. oferite, bifati NU [].

Data completarii: 29-06-2015

ASIGURAT/CONTRACTANT
(nume, prenume, semnatura)

CHIACU HRISTU