

ASIGURAREA MEDICALA PENTRU CALATORII IN STRAINATATE Smart TRAVEL
TRAVEL HEALTH INSURANCE

Polita nr/Policy no: 20014221

Asigurat/Insured:	BABOUCHE HASSIBA		CNP/PIN:	34534534
Adresa/Address:	Aciuta,317261 Strada ASDASD Nr: 33 Judet:Arad			
Pasaport/Passport:		Carte de identitate/ID card:		
Contractant/Contractor:	BABOUCHE HASSIBA		CNP/PIN:	34534534
Adresa/Address:	Aciuta,317261 Strada ASDASD Nr: 33 Judet:Arad			
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:	0 EUR
	Raspundere civila legala:		1,000 EUR	
Perioada asigurata/Insured period:	11	zile/days, de la/from:	30-06-2015	pana la/to: 10-07-2015
Prima de asigurare/Insurance premium:	33.49			
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)
BABOUCHE HASSIBA

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: 20014221

1. Asigurat (nume, prenume): BABOUCHE HASSIBA

CNP: 34534534

Adresa: Aciuta, 317261 Strada ASDASD Nr. 33 Judet: Arad

Varsta: 35

C.I. seria / nr.: _____

Pasaport nr.: _____

Cetatenia: _____

2. Contractant (nume, prenume/denumire): BABOUCHE HASSIBA

CNP/CUI: 34534534

Adresa: Aciuta, 317261 Strada ASDASD Nr. 33 Judet: Arad

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: TURKEY

5. Durata calatoriei, zile: 11, de la: 30-06-2015 pana la: 10-07-2015

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 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)

BABOUCHE HASSIBA