

CERERE – CHESTIONAR
PRIVIND ASIGURAREA DE ACCIDENTE SI SPITALIZARE A PERSOANELOR
PROTECTOR MEDICA

I. DATELE SOLICITANTULUI ASIGURARII

1. Nume si Prenume _____
2. Adresa _____
3. CNP _____ Telefon _____

II. INFORMATII CU PRIVIRE LA PROFESIE SI ACTIVITATILE DEFASURATE

1. Locul/locurile de munca, profesia _____
2. Una sau mai multe din activitatile mentionate mai jos sunt desfasurate de dvs. in mod curent sau chiar ocazional?
- alpinism
 - sporturi de iarna
 - sporturi de apa
 - pescuit subacvatic ce implica utilizarea costumului de scafandru cu aparat autonom de respirat
 - ascensiuni, catarari ce implica utilizarea de cabluri, corzi si echipamente speciale
 - panorism, parasutism
 - vanatoare
 - curse auto, moto
 - zboruri de agrement, excursii, calatorii organizate cu aparate de zbor
 - alte activitati, precum: _____

III. INFORMATII PRIVIND STAREA DE SANATATE

1. Suferiti sau ati suferit de una sau mai multe din urmatoarele afectiuni:
- a) apoplexie, epilepsie, paralizie, infirmitati mentale, delirium tremens, alcoolism, toxicomanie:
- Da Va rugam detalii: _____
 - Nu
- b) hipo sau hipertensiune arteriala, ulcer, tuberculoza, hernie, diabet, cancer, sifilis, paralizie, artrita, reumatism, afectiuni psihice, 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. Va rugam sa prezentati detalii cu privire la:
 - natura afectiunii _____
 - durata _____
 - tratamentul efectuat _____
 - Nu
2. Ati suferit interventii chirurgicale:
- Nu
 - Da. Va rugam sa prezentati detalii cu privire la:
 - natura afectiunii _____
 - durata _____
 - tratamentul efectuat _____
 - _____
3. Precizati accidentele sau bolile de care ati suferit in ultimii 3 ani care au necesitat peste 14 zile de spitalizare sau recuperare ambulatorie: _____
4. Va rugam sa apreciati starea de sanatate in care va aflati:
- Foarte buna Buna Nici buna, nici proasta Proasta Foarte proasta
5. Suferiti deja de invaliditate permanenta? Nu Da.
Daca Da, va rugam precizati cauza, data si gradul de invaliditate stabilit de medic: _____

IV. INFORMATII IN VEDEREA INCHEIERII ASIGURARII

1. Sunteti in prezent posesorul altei/altor polite de asigurare de accidente si/sau sanatate?
- Nu Da
- Daca raspunsul este afirmativ, va rugam sa precizati:
- Societatea/Societatile de asigurare _____
 - Perioada asigurata _____

- Suma/sumele si riscurile asigurate _____
- Ati solicitat despagubiri asiguratorului/asiguratorilor? _____

Sume si riscuri pentru care doriti sa incheiati asigurarea la **Gothaer Asigurari-Reasigurari S.A.**

Valuta: EUR

RISCURI ASIGURATE	SUME ASIGURATE
Deces din accident si Invaliditate permanenta din accident	(*) Limita unica combinata
<input type="checkbox"/> Servicii pentru spitalizare din orice cauza*)	<ul style="list-style-type: none"> •3.000 Eur/an pentru spitalizare in Romania (100 Eur/zi de spitalizare, pentru maxim 30 zile/an) •Si diferenta pana la 5.000 Eur/an pentru spitalizare in Europa (500 Eur/zi de spitalizare, pentru maxim 10 zile/an)

Nota: *) se ataseaza obligatoriu la riscurile asigurate de baza, deces din accident si invaliditate permanenta din accident.

2. Extinderea acoperirii teritoriale si in Europa:

- Tari fara zone de conflict;
- Tari cu zone de conflict (etnice, militare, teroriste).

3. Beneficiarul/Beneficiarii politei in caz de deces:

- Nume si prenume _____
- Gradul de rudenie _____

4. Perioada asigurata: de la _____ pana la _____

- 5. Modalitatea de plata a primei de asigurare:** integral semestriale
 in rate: trimestriale

<p>Se completeaza in cazul Asiguratului - persoana fizica: Locul nasterii, BI/CI nr, seria, emis dela data / .../, Cetatenia, Nationalitatea, <input type="checkbox"/> Rezident / <input type="checkbox"/> Nerezident, Ocupatia:, Angajator ori natura activitatii proprii, Numele beneficiarului real, daca e cazul, Persoana expusa politic <input type="checkbox"/> Nu; <input type="checkbox"/> Da.</p>
<p>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:</p>

Subsemnatul declar ca datele incluse in aceasta 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, in cazul in care acesta se va emite. Orice informatie declarata eronat sau incomplet in Cererea-chestionar atrage posibilitatea anularii dreptului la despagubire.

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 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 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 produsele, serviciile si evenimentele etc. oferite, bifati NU [].

ASIGURAT,

Numele si prenumele _____
Semnatura si stampila _____

Data: ____ / ____ / ____