

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

Anexa nr. 1 la Polita _____

IMPORTANT! Datele din aceasta Cerere-chestionar stau la baza acordului **Gothaer Asigurari-Reasigurari S.A.** de a incheia Contractul de asigurare, iar Contractantul asigurarii raspunde pentru realitatea si corectitudinea lor.

I. INFORMATII PRIVIND CONTRACTANTUL ASIGURARII

1. Denumire: _____
2. Sediul social: _____
3. Locul de desfasurare a activitatii: _____
4. Nr. Reg. Com.: _____ CUI: _____
5. Tel./Fax _____ E-mail _____

II. NUMAR ANGAJATI

1. **Nr. total de angajati:** _____;
2. **Nr. angajati** pentru care se solicita cuprinderea in asigurare, conform:
 - nominal si pe categorii profesionale, conform Tabel anexat *);
 - numar mediu declarat.

Categoria profesionala	Nr. persoane	Descriere
a.		Manageri/Directori
b.		Personal tehnic/administrativ
c.		Personal direct productiv si alte categorii similare
Total		

*) *Se va anexa un tabel nominal, cuprinzand date despre persoanele asigurate (adresa/C.N.P.) precum si Beneficiarii desemnati.

III. INFORMATII PRIVIND ACTIVITATEA DESFASURATA

1. **Domeniul de activitate:** _____
2. Angajatii sunt expusi la noxe specifice/recunoscute legal? DA NU
 Daca DA, detalii: _____

IV. ASIGURARI/DESPAGUBIRI ANTERIOARE

1. Asigurari care acopereau aceleasi riscuri, incheiate in perioada anterioara DA NU
 Daca DA, va rugam sa specificati:

	<i>Perioada asigurata</i>	<i>Suma asigurata</i>
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____
2. Vi s-a refuzat anterior o cerere de asigurare? DA NU
 Daca DA, va rugam sa mentionati motivele _____
3. O asigurare incheiata anterior:
 - a) a necesitat majorarea primei de asigurare in urma inregistrarii unei daune? DA NU
 - b) a necesitat restrictii speciale? DA NU
 - c) a expirat dar nu a fost reinnoita? DA NU
 Daca DA, va rugam sa prezentati detalii: _____
4. Ati inaintat cereri de despagubire ori daune in anii anteriori? DA NU
 Daca DA, va rugam specificati sumele si prezentati pe scurt fiecare dauna (in anexa).
5. Cunoasteti vreun eveniment care ar putea genera o cerere de despagubire? DA NU
 Daca DA, va rugam sa descrieti circumstantele producerii evenimentului care a dat nastere la dauna/e si despagubirea estimata

V. DATE PRIVIND INCHEIEREA ASIGURARII

1. 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
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
 in rate: semestriale 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 eronata 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 numarele 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 [].

REPREZENTANTUL CONTRACTANTULUI

Numele si prenumele _____
 Semnatura si stampila _____

Data: ____ / ____ / ____