

- ☐ Factură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat*;
☐ Bon fiscal/document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical;

*În cazul în care factura nu este detaliată, vă rugăm atașați anexa la bonul fiscal, cu defalcarea costurilor și serviciilor medicale.

➤ **Intervenții chirurgicale cu internare/Spitalizare fără intervenție chirurgicală/Naștere:**

- ☐ Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat - Asigurări Sănătate;
☐ Copie carte identitate asigurat, solicitant, beneficiar plată/pașaport pentru persoanele rezidente;
☐ Bilet de externare, cu mențiunea perioadei de spitalizare (ștampilat, datat, semnat, emis pe numele persoanei asigurate); Documente medicale din care să rezulte data primei diagnosticări: istoric medical medic de familie/ adeverință medicală/bilete de ieșire din spital/ raport medical (în situația în care este necesară verificarea afecțiunilor pre-existente)
☐ Factură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat;
☐ Bon fiscal/document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical;
☐ Declarația persoanei asigurate privind circumstanțele producerii evenimentului asigurat (pentru evenimente din accident); Proces verbal emis de organele competente, rezultate analiză toxicologică, alcoolemia (pentru evenimente din accident);

În funcție de informațiile transmise, Groupama Asigurări își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare, absolut necesare evaluării evenimentului care să ateste producerea acestuia, în conformitate cu prevederile Condițiilor contractuale, de exemplu: copia foii/ foilor de observație/ referat medical întocmit de către medicul curant/ referat medical întocmit de medicul de familie/ alte documente emise de către autoritățile legale în funcție de natura evenimentului asigurat.

D. Prelucrarea datelor cu caracter personal privind sănătatea

În vederea soluționării eventualelor dispute cu Groupama Asigurări în calitate de asigurător, consumatorii au dreptul de a se adresa SAL-Fin – Entitatea de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar. Pentru informații suplimentare vă rugăm să accesați <https://www.groupama.ro/utile/solutionarea-alternativa-a-litigiilor>.

Prelucrarea datelor cu caracter personal privind sănătatea este permisă doar cu consimțământul dumneavoastră.

Aveți dreptul să refuzați prelucrarea acestor date, dar în acest caz nu vom mai putea presta serviciile contractate care necesită prelucrarea acestor date.

Cu aceleași consecințe, aveți de asemenea dreptul de a vă retrage oricând consimțământul acordat, fără însă a afecta legalitatea prelucrărilor intervenite până la acel moment. Pentru aceasta, puteți transmite către Groupama Asigurări intenția de retragere a consimțământului, în scris, la următoarea adresă: București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1 sau la adresa de e-mail: dpo@groupama.ro.

Prin exprimarea opțiunii de mai jos, vă manifestați acordul explicit ca Groupama Asigurări și/sau partenerii săi să prelucreze datele dvs. cu caracter personal privind sănătatea în vederea încheierii și derulării contractului de asigurare, a îndeplinirii obligațiilor legale și a realizării intereselor lor legitime.

Sunt de acord / Nu sunt de acord Semnătură _____

Prin semnarea prezentei, declar că sunt de acord cu mențiunile privind protecția datelor menționate mai sus și că:

- Am luat cunoștință de Nota de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal a Groupama Asigurări, inclusiv că pot consulta oricând cea mai recentă versiune a acestui document pe site-ul companiei, accesând următorul <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>. În situația în care consider că drepturile mele nu au fost respectate, pot sesiza acest fapt la adresa de e-mail dpo@groupama.ro sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.
- Asigurătorul și brokerul să prelucreze, stocheze și utilizeze toate datele și documentele furnizate în scopul contractului de asigurare, indiferent că sunt personale sau ale Asiguratului.
- Groupama Asigurări și/sau partenerii săi să prelucreze datele dvs. cu caracter personal privind sănătatea în vederea încheierii și derulării contractului de asigurare, a îndeplinirii obligațiilor legale și a realizării intereselor lor legitime.
- Înțeleg că nesemnarea acestui formular duce la imposibilitatea evaluării dosarului.

Solicitant _____
(nume, prenume, semnătură)

Asigurat _____
(nume, prenume, semnătură)

Data _____