



Prin prezenta autorizez orice medic, clinică, spital sau alt furnizor de servicii medicale, autoritate, societate de asigurări sau orice altă companie, instituție sau persoană, care m-a avut în evidență, care m-a investigat sau care m-a tratat și care deține orice înregistrare sau informație referitoare la mine, să prezinte Asigurătorului UNIQA Asigurări de viață SA informațiile complete pe care aceasta le va cere, inclusiv copii ale documentelor referitoare la orice boală sau accident, precum și referitor la orice raport de muncă în care am fost parte contractantă. Orice fotocopie a acestora va avea aceeași valabilitate ca și originalul.

Declar prin prezenta că sunt de acord cu plata Indemnizației de despăgubire, în cazul soluționării cu decizie de plată a dosarului/elor de daună, de către UNIQA Asigurări de viață S.A prin transfer bancar în contul deschis pe numele meu, furnizat de mine mai sus prin prezentul formular, cu privire la evenimentul/ele menționat/e în prezenta cererea de despăgubire. De asemenea, declar că toate informațiile de mai sus sunt adevărate din câte cunosc și știu, fără a omite nici un aspect. Sunt conștient că, în cazul unei declarații false sau incomplete, UNIQA Asigurări de viață S.A. are dreptul de a reduce sau refuza plata indemnizațiilor ce decurg din acest contract de asigurare.

#### **PRELUCRARE DATE CU CARACTER PERSONAL**

Am primit, citit și înțeles termenii de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal (Anexa 1). Am fost informat în legătură cu drepturile pe care le am în ceea ce privește protecția datelor cu caracter personal și despre faptul că UNIQA prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în scopul prestării de servicii de asigurare și de instrumentare a dosarelor de maturitate. În vederea aducerii la îndeplinire a acestor servicii, datele colectate pot fi transmise și către alte entități din cadrul grupului UNIQA sau către alți terți împuterniciți expres de UNIQA.

#### **COMUNICARE ELECTRONICĂ**

Imi exprim acordul neechivoc pentru comunicarea cu UNIQA Asigurări de viață (denumită în continuare UNIQA) pe cale electronică, utilizând datele de contact comunicate în prezentul document. Înțeleg și sunt de acord cu faptul că această comunicare electronică va produce aceleași efecte juridice ca și comunicarea scrisă și mă oblig ca în cazul în care intervin modificări în datele de contact comunicate de către mine să transmit de îndată către UNIQA noile date.

DA

NU

Am fost informat că, în vederea prestării serviciilor de asigurare și instrumentării dosarului de dauna, UNIQA prelucrează date privind starea de sănătate, pentru crearea de statistici, profiluri și pentru îndeplinirea de obligații, pe baza dispozițiilor legale exprese. În lipsa acordului meu de prelucrare a datelor privind starea de sănătate, UNIQA se află în imposibilitatea de a instrumenta, respectiv plăti, sumele rezultate din instrumentarea dosarului de dauna.

Data: \_\_\_\_\_

Nume, Prenume și Semnătura: \_\_\_\_\_