

## Acord privind prelucrarea datelor personale

### Nota de informare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal:

Operatorul de date cu caracter personal este SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A., societate administrata in sistem dualist, autorizata de Autoritatea de Supraveghere Financiara, numar de inregistrare în Registrul Asiguratorilor RA-062/11.06.2008, numar autorizatie 505/10.06.2008, cu sediul in Bucuresti, Strada Gara Herastrau Nr. 2, Et. 4, Sectiunea 1, Sector 2, Cod 020334, România, tel: + 40 40317307100, e-mail: office@signal-iduna.ro, inregistrata la Registrul Comertului sub nr. J40/5098/19.03.2008, CUI RO23545104, COD LEI 529900617IZ922N1YT16, IBAN RO18CITI0000000650096002, deschis la CITIBANK (denumita in continuare „Asiguratorul“, „ SIGNAL IDUNA „ si/sau „Societatea“).

Scopul prezentului document este informarea dumneavoastra specifica si lipsita de ambiguitate cu privire la scopurile prelucrării, temeiul juridic al prelucrării, durata prelucrării, destinatarii datelor cu caracter personal colectate precum si modalitatile de exercitare a drepturilor individuale.

### DATELE PERSONALE PRELUCRATE

Asiguratorul va procesa informatiile furnizate in prezentul document, datele Persoanei Asigurate (i. date de identificare - nume, cnp, semnatura, ii. date de contact - adresa de corespondenta, telefon, e-mail, iii. date bancare – nume titular cont, denumirea bancii, relatia cu titularul, iban si iv. date medicale) si relatia cu Persoana Asigurata, asa cum reiese din documentele furnizate (formular indemnizatie, act de identitate, documente bancare, documente medicale, dovada de plata).

### SCOPURILE COLECTARII DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Datele dumneavoastra cu caracter personal sunt colectate in scopul solutionarii cererii de plata a indemnizatiei de asigurare.

### TEMEIURILE JURIDICE

Colectarea si procesarea datelor personale in scopurile mentionate mai sus se bazeaza pe:

- art. 6 alin. 1 lit. a) din Regulamentul GDPR in baza consimtamantului persoanei vizate pentru prelucrarea datelor cu caracter personal;
- art. 6 alin. 1 lit. b) din Regulamentul GDPR in vederea executarii unui contract cu persoana vizata, respectiv contractul de asigurare;
- art. 6 alin. 1 lit. c) din Regulamentul GDPR, indeplinirea obligatiilor legale ale societatii, cum ar fi, spre exemplu, obligatii de raportare catre autoritatile statului, dar si de verificare a clientilor;
- art. 6 alin. 1 lit. f) din Regulamentul GDPR, interesele legitime ale Asiguratorului, dupa caz.

### DESTINATARIILE DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Datele cu caracter personal vor fi dezvaluite angajatilor/mandatarilor/subcontractorilor nostri pentru desfasurarea activitatii acestora in legatura cu executarea contractului de asigurare incheiat doar in scopul gestionarii contractelor de asigurare incheiate si al instrumentarii dosarelor de dauna cu exceptia urmatoarelor situatii:

- In cazul in care potrivit legii, SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. are obligatia de a comunica aceste date unor autoritati publice.
- Cand aceasta comunicare se va face in baza legii pentru protejarea drepturilor si intereselor SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.
- Cand transmiterea datelor este solicitata in mod expres de persoana vizata.

În îndeplinirea obligațiilor și angajamentelor ce le revin în contractele încheiate cu clienții și pentru a asigura prelucrarea eficientă și profesională a datelor personale, SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. poate transmite datele cu caracter personal unor terțe persoane, cu care a încheiat un contract corespunzător. Acești prelucrători (operatori asociați/persoane împuternicite) sunt obligați să respecte cerințele pentru siguranța prelucrării și să ia măsurile tehnice și organizatorice necesare pentru asigurarea protecției datelor personale.

## **DURATA PRELUCRĂRII DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Datele personale sunt păstrate pe durata valabilității Contractului de asigurare, iar suplimentar în baza obligațiilor instituite prin legislația în vigoare, pentru o perioadă de până la 10 ani după data maturității contractului.

## **DREPTURILE PERSOANELOR VIZATE și modalitățile de exercitare a acestora:**

Mentionăm faptul că, în conformitate cu prevederile Regulamentului GDPR, beneficiați de următoarele drepturi: dreptul de acces la date, dreptul la rectificarea datelor, dreptul la ștergerea datelor, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrare automată, inclusiv crearea de profiluri, dreptul de a vă adresa justiției sau ANSPDCP.

Mai multe informații cu privire la prelucrarea datelor dumneavoastră personale, puteți găsi accesând link-ul <https://www.signal-iduna.ro/termeni-conditii?#>, secțiunea "Politica de protecție a datelor".

Pentru orice întrebare despre modul în care datele persoanelor vizate sunt utilizate sau dacă sunt necesare orice lamuriri suplimentare în legătură cu orice aspect ce ține de prelucrarea datelor, acestea se pot adresa responsabilului cu protecția datelor din cadrul companiei, prin email: [dataprotection@signal-iduna.ro](mailto:dataprotection@signal-iduna.ro), sau prin poșta, la adresa SIGNAL IDUNA - Str. Gara Herastrău, nr. 2, etaj 4, Secțiunea 1, București, sector 2 sau depunând personal o notificare semnată olograf la oricare din sediile SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. din țară.

Se va completa pentru asiguratii a caror date de sanatate/medicale sunt necesare instrumentarii dosarului de dauna

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ domiciliat/a in \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_ declar pe propria raspundere ca am luat la cunostinta continutul Notei de informare.  
Inteleg ca datele mele cu caracter personal si cele medicale/privind starea de sanatate si/sau ale persoanelor  
pentru care solicit asigurarea sunt absolut necesare pentru SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. si  
ca refuzul de a le furniza poate limita accesul la serviciile medicale oferite prin intermediul contractului de  
asigurare.

**DA/NU** - SUNT de acord ca SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. sa colecteze, sa prelucreze, sa transmita  
si sa stocheze datele mele medicale/privind starea de sanatate, direct sau printr-un imputernicit/operator asociat (Ex.:  
brokeri de asigurare/furnizori de servicii medicale) pe care il exonerez de pastrarea secretului profesional, in scopul  
executarii prezentului contract de asigurare.

\*Se va completa pentru situatia in care exista dependent minor

**DA/NU** - SUNT de acord ca SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A., direct sau printr-un imputernicit/operator  
asociat (Ex.: brokeri de asigurare/furnizori de servicii medicale), pe care il exonerez de pastrarea secretului profesional,  
sa colecteze, sa prelucreze, sa transmita si sa stocheze atat datele medicale/privind starea de sanatate pentru  
minorul/minorii pe care il/ii reprezint, in calitate de parinte/reprezentant legal, in scopul executarii executarii prezentului  
contract de asigurare.

Consimtământul exprimat cu privire la activitățile de prelucrare de mai sus poate fi retras în orice moment, fără a afecta  
legalitatea activităților de prelucrare efectuate înaintea retragerii.

Data semnării:

Semnătura solicitantului:

-----

-----

## Cerere acordare indemnizație poliță de viață

Vă rugăm completați acest formular cu majuscule. În cazul în care spațiul este insuficient, vă rugăm folosiți o foaie suplimentară.

Nr polița de asigurare: **5427313**

Data efectuare servicii medicale: \_\_\_\_\_

### Secțiunea I: Detalii Asigurat (se completează de către Asigurat)

Numele asigurat	
CNP	
Adresa de corespondenta	
Telefon si E-mail	

### Secțiunea II: Detalii bancare (se completează de către Asigurat)

Nume titular cont	
Relatia titularului cu asiguratul	<input type="checkbox"/> aceeași persoană <input type="checkbox"/> alta* _____
Denumirea bancii	
IBAN	RO
Legitimă cu BI/CI:	Nr..... Serie.....
Eliberat la data de :	De către :
Data nasterii:	Cetatenie:
Rezident fiscal in tara:	Numar identificare fiscala (NIF)/CNP:
Telefon:	Adresa completa de domiciliu:

\*În cazul în care Titularul de cont este diferit de Asigurat vă rugăm să atașați copii ale actelor de identitate pentru ambele persoane

### Secțiunea III: Descriere generală dosar indemnizație (se completează de către Asigurat)

Eveniment notificat:

- Invaliditatea permanenta din orice cauza     Spitalizare din orice cauza  
 Incapacitate temporară de muncă din orice cauza     Intervenții chirurgicale din orice cauză  
 Cheltuieli medicale din orice cauză     Fracturi si arsuri ca urmare a unui accident     Boli grave

Descrierea serviciilor medicale	
---------------------------------	--

**Secțiunea IV: Documente necesare în vederea evaluării dosarului de indemnizație**

În vederea trimerii documentației corecte și complete vă rugăm să verificați cu lista de mai jos documentele trimise Asiguratorului.

1.	Formular indemnizație	Documente obligatorii
2.	Acte identitate	Documente obligatorii ; copie act identitate titular/persoană desemnată pentru încasarea sumelor datorate de Asigurator în baza asigurării;
3.	Documente bancare	Dovada deținerii cont bancar în care se dorește efectuarea plății
4.	Documente medicale justificative	Documente obligatorii – Toate documentele emise de către medicul curant/instituția medicală/instituția publică prin care să se detalieze: motivul prezentării, istoricul afecțiunii curente, diagnosticul complet; (de exemplu: scrisoare medicală, bilet de trimitere, bilet ieșire din spital, rezultate investigații medicale etc) în funcție de evenimentul notificat, așa cum sunt detaliate în Procedura de dauna
5.	Dovada de plată a serviciilor medicale	Documente obligatorii – Toate documentele financiare emise de către instituția medicală prin care să se evidențieze explicit costul fiecărui serviciu medical efectuat: bon fiscal, chitanță și/ sau factură, ordin de plată, etc

Subsemnatul, sub sancțiunea aplicabilă faptei de fraudă în asigurări, declar că cele completate mai sus sunt complete și corecte.

Semnătura Asigurat: \_\_\_\_\_

Data semnării: \_\_\_\_\_