

Solicitare calcul primă de asigurare

Solicitant:			
Nume:		CNP:	
Date de contact:	Adresă email		
	Nr. telefon (mobil sau fix)		
Nr. contract asigurare: (pentru contracte existente)		Aniversare contract:	
Contract nou			

Agent asigurare (dacă este cazul):	
Nume:	RAF / RAJ:

Asigurare suplimentară – adăugare sau majorare sume

Atenție! Asigurările suplimentare pot fi majorate sau adăugate începând cu următoarea aniversare a contractului de asigurare.

Asigurare suplimentară în caz de deces

în caz de deces (din orice cauză)	se plătește suma asigurată
durată	egală cu durata rămasă din contract
frecvență plată	aceeași cu a contractului existent
sumă asigurată minimă	7.500 Lei
sumă asigurată maximă	80.000 Lei

Suma asigurată dorită:

Asigurare suplimentară în caz de spitalizare din orice cauză

în caz de spitalizare (din orice cauză)	se plătește indemnizație pentru fiecare zi de spitalizare (dacă numărul acestora este de minimum 3)
durată	egală cu durata contractului existent, dar maximum 10 ani
frecvență plată	aceeași cu a contractului existent
sumă asigurată minimă	50 Lei / zi
sumă asigurată maximă	200 Lei / zi

Indemnizația zilnică dorită:

--	--

Asigurare principală – majorare sumă asigurată

Atenție! Valoarea sumelor asigurate poate fi modificată începând cu următoarea aniversare a contractului de asigurare.

Pentru contractele de asigurare mixtă de viață și contractele de deces

(asigurare mixtă de viață - nr. contract începe cu 10; asigurare de deces - nr. contract începe cu 12)

în caz de supraviețuire sau deces (din orice cauză)	se plătește suma asigurată
sumă asigurată maximă fără control medical	pentru asigurați cu vârsta 18 – 60 ani: 80.000 Lei pentru asigurați cu vârsta 61 – 65 ani: 50.000 Lei

Suma asigurată dorită:

Asigurare principală – contract nou

Contract de asigurare de deces

în caz de deces (din orice cauză)	se plătește suma asigurată (7.500 – 80.000 lei)
anul nașterii:	
durată solicitată (1 – 25 ani):	
frecvență plată solicitată: (anuală, semestrială, trimestrială, lunară)	

Suma asigurată dorită:

Consimțământ de prelucrare date personale cu caracter special

Grawe România Asigurare S.A. - societate administrată în sistem dualist, autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor sub nr. 37/02.11.2001, identificată prin CUI: RO8398697, în calitate de operator de date cu caracter personal, solicită consimțământul explicit al asiguratului referitor la prelucrarea datelor personale cu caracter special privind starea de sănătate. Scopul prelucrării acestora este evaluarea riscului medical în vederea încheierii contractului de asigurare și despăgubirii în cazul producerii evenimentelor asigurate.

Datele personale cu caracter special colectate vor fi stocate pe durata contractului de asigurare, la care se adaugă perioada legală de arhivare.

Asiguratul își dă consimțământul în mod explicit ca, în cazul producerii unui eveniment asigurat, toți medicii și toate instituțiile care au efectuat sau vor efectua un control medical asupra sa, să transmită către asiguratorul GRAWE România Asigurare S.A. datele cu caracter personal solicitate de acesta. De asemenea, în cazul producerii unui eveniment asigurat, unitățile de poliție, unitățile de pompieri, unitățile medicale din cadrul sistemului medical public și privat, medicii de familie și celelalte autorități publice competente să cerceteze accidente de autovehicule sau alte evenimente, după caz, sunt împuternicite să comunice, la cererea GRAWE România Asigurare S.A., actele și datele cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat, în vederea stabilirii obligațiilor de despăgubire izvorâte din contractul de asigurare.

Asiguratul are dreptul de a-și retrage consimțământul în orice moment, printr-o cerere scrisă, datată și semnată, transmisă prin poștă către sediul central Grawe România Asigurare S.A., din Str. Vulturilor nr. 98A, sector 3 București, prin fax la nr.: +40 21 312 50 44, e-mail la protectiadatelor@grawe.ro.

Retragerea consimțământului face imposibilă asumarea în continuare a acoperirii riscurilor asigurate și determină rezilierea automată a contractului de asigurare.

Declar că am citit și am înțeles informațiile de mai sus și îmi dau consimțământul ca societatea Grawe România Asigurare S.A. să îmi prelucreze datele personale cu caracter special în condițiile menționate.

Asigurat*:

CNP Asigurat:

Semnătură:

Data:

Nr. contract de asigurare existent:

* În cazul în care datele personale cu caracter special aparțin unui minor, Consimțământul va fi semnat de părintele sau tutorele legal.

Declarație privind starea de sănătate a Asiguratului

Asigurări de deces și spitalizare din orice cauză

Starea sănătății asiguratului este decisivă pentru stabilirea nivelului de risc preluat prin asigurare și determină condițiile în care se poate încheia sau modifica contractul de asigurare, nivelul și costul acoperirii oferite de asigurător.

Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos și să marcați căsuțele respective. Dacă răspunsurile depășesc spațiul oferit de formular, vă rugăm să anexați o declarație detaliată.

Chestionar suplimentar COVID-19:		Nu	Da	Detaliere
1	Care este ocupația actuală?			
2	Sunteți infectat cu COVID-19?			
3	Sunteți în carantină instituționalizată sau în (auto)izolare?			
3a	Dacă da, până când?			
3b	Dacă da, motivul este:			v-ați întors din străinătate
				sunteți contact al unei persoane testate pozitiv
				alt motiv, și anume:

Chestionar standard:		Nu	Da	Detaliere
1	Aveți sau ați avut și alte asigurări de viață, de accident, de sănătate sau asigurări de viață cu protecție pentru cazul de diagnosticare cu o afecțiune medicală gravă și acestea au fost respinse sau acceptate în condiții speciale?			Suma asigurată:
				Societatea de asigurare:
				Anul:
2	Vă expuneți unor riscuri speciale la locul de muncă (de ex., expunere la radiații, substanțe toxice sau explozive, muncă pe platforme petroliere sau de extracție de gaze sau tancuri petroliere și altele) sau lucrați în zone periculoase?			Dacă da, ce fel?
3	Practicați vreun sport?			Dacă da, care?
	Ca amator Ca profesionist			
4	Practicați și alte sporturi cu risc mărit (de ex., pilotarea de vehicule aeriene, sărituri cu parașuta, scufundări la adâncimi de peste 20 m., alpinism, motocros și altele asemănătoare)?			Care sunt acestea?
5	Sunteți în acest moment în incapacitate de muncă temporară sau permanentă?			Dacă da, de ce?
6	Suferiți în prezent de vreo afecțiune? Vi s-a stabilit vreun grad de invaliditate?			Dacă da, ce grad și din ce cauză?
7	Ați fost inapt de muncă din motive de boală pentru o perioadă mai lungă de 4 săptămâni?			Când? De ce? Cât timp?
				Rezultatul? Spitalul, numele medicului:
8	Alte declarații:			Câte țigări pe zi?
	a) Fumați?			De câți ani?
	b) Consumați băuturi alcoolice?			Ce fel de băuturi și ce cantitate zilnică?
	c) Ați consumat vreodată sau consumați droguri?			
	d) Sunteți sau ați fost sub tratament pentru dependență de alcool sau alte forme de dependență (de medicamente, droguri etc.)?			
	e) Luați sau ați luat medicamente în mod regulat?			Care sunt acestea?
f) Menționați următoarele date:			Înălțimea: cm. Greutatea: kg.	
9	Suferiți sau ați suferit de una dintre următoarele boli:			Detalii:
	a) Afecțiuni ale inimii (defecte congenitale, cardiopatie, valvulopatie, aritmii, infarct miocardic, angină pectorală etc.), ale venelor (varice, tromboflebită etc.), ale arterelor (arteriopatii, hipertensiune etc.).			

	b) Afecțiuni ale aparatului respirator (de ex., bronșită, pneumonie, astm etc.).		Detalii:
	c) Afecțiuni ale tractului gastro-intestinal (de ex., gastrită, ulcer gastric sau duodenal, sângerări ale tractului gastro-intestinal, inflamații sau alte boli funcționale ale intestinului, tumori sau boli maligne, boli ale ficatului – hepatită, ciroză etc., boli ale vezicii biliare și căilor biliare, ale pancreasului etc.).		Detalii:
	d) Afecțiuni ale sistemului uro-genital (de ex., boli ale rinichilor, vezicii urinare, extirparea unui rinichi, anomalii genetice ale rinichilor și ale tractului uro-genital, diminuarea funcției rinichilor, inflamații sau tumori de prostată, testicule etc.).		Detalii:
	e) Afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic (de ex., inflamații sau boli degenerative, pareze, paralizii, epilepsii și altele asemănătoare, psihoze, depresie, schizofrenie, tentativă de suicid etc.).		Detalii:
	f) Afecțiuni ale sistemului locomotor (de ex., boli reumatice, boli degenerative ale articulațiilor și ale coloanei vertebrale, operații pe coloana vertebrală, operații de menisc și altele asemănătoare, tulburări motorii etc.).		Detalii:
	g) Afecțiuni metabolice sau endocrine (de ex., diabet, colesterol, gută, glanda tiroidă etc.).		Detalii:
	h) Afecțiuni ORL și ale organelor senzoriale: sistemul vizual, auditiv etc.		Detalii:
	i) Afecțiuni ale sistemului imunitar și limfatic (de ex., SIDA, limfoame).		Detalii:
	j) Afecțiuni ale sânilor (pentru femei).		Detalii:
10	Suferiți sau ați suferit de una din următoarele boli sau vi s-a stabilit un diagnostic pentru una din următoarele boli: a) Tumori sau afecțiuni maligne de orice fel.		Detalii:
	b) Boli infecțioase acute sau cronice, contagioase sau nu (TBC, hepatită contagioasă, sifilis, malarie, hepatită B și C, SIDA).		Detalii:
	c) Accident vascular cerebral, scleroză multiplă, sindrom psihosomatic și alte boli neurologice.		Detalii:
	d) Afecțiuni survenite ca urmare a unor otrăviri, accidente, răniri etc.		Detalii:
	e) Alergii, pierderi semnificative în greutate și alte afecțiuni nementionate la punctele anterioare.		Detalii:
11	Rezultate patologice ale analizelor și testelor (ale sângelui, urinei, ECG, Roentgen, tensiunii arteriale, audiogramelor, examenului acuității vizuale, câmpului vizual și tensiunii oculare etc.)		Detalii:
12	V-ați supus vreodată unui test HIV?		Dacă da, care a fost rezultatul? Când?
13	V-ați supus unei examinări medicale, ați fost spitalizat, ați suferit vreo intervenție chirurgicală sau ați fost la un tratament balneo-climateric?		Detalii:
14	Aveți rude de gradul I și II care, oricând înainte de împlinirea vârstei de 65 de ani, suferă sau au suferit de una dintre următoarele afecțiuni: diabet, boli ale inimii și aparatului circulator, accidente vasculare cerebrale, boli de rinichi, tumori maligne, scleroză multiplă, afecțiuni psihice grave sau alte afecțiuni ereditare?		Detalii:
15	Numele și adresa medicului de familie:		
Vă rugăm să detaliați toate răspunsurile la care ați răspuns cu Da. Precizați tipul afecțiunii, eventuale complicații, rezultatele examinărilor, urmări, numele și adresa medicilor care v-au tratat și numele instituțiilor în care ați fost tratat.			
Întrebarea nr.:			

Notă:

Asigurătorul poate să solicite informații suplimentare prin formularele sale de control medical sau furnizarea de către asigurat a rezultatelor anumitor analize medicale în cazul în care:

- starea de sănătate a asiguratului nu poate fi evaluată doar în baza răspunsurilor la întrebările din chestionarul medical standard
- ocupația asiguratului sau obiceiurile de consum ale acestuia (tutun, alcool etc.) presupun posibilitatea apariției unor afecțiuni specifice
- suma asigurată depășește anumite valori

Completarea corectă și completă a chestionarului elimină riscul apariției unor suspiciuni în momentul producerii unui eveniment asigurat. În caz contrar, există posibilitatea ca asigurătorul să refuze plata despăgubirii solicitate.

Nume Asigurat:**Contract asigurare nr.:****Semnătură Asigurat:****Data:**