

## CERERE DE DESPĂGUBIRE PENTRU ASIGURAREA CONFORT MOBILE / MOBILE PLUS

### Date privind Asiguratul

Nume și Prenume Asigurat											
CNP											
Cont IBAN											

### Date Persoană de Contact

Nume și Prenume											
Adresă de contact											
Număr de telefon						Adresă e-mail					
Documentul care atestă împuternicirea acordată de Asigurat											

### Detalii despre evenimentul asigurat

Tipul evenimentului asigurat (marcați căsuța corespunzătoare)	<input type="checkbox"/> Securitate financiară (Protecție card) <input type="checkbox"/> Protecție numerar (Furt numerar cu agresiune) <input type="checkbox"/> Protecție documente <input type="checkbox"/> Protecție chei <input type="checkbox"/> Protecție echipament electronic mobil	Data producerii evenimentului asigurat (zz/ll/aaaa)
--	--	--

### Documente obligatorii pentru evaluarea cererii de despăgubire

Documentele solicitate în funcție de tipul evenimentului asigurat***	Securitate financiară (Protecție Card)	Protecție numerar (Furt numerar cu agresiune)	Protecție documente	Protecție chei	Protecție echipament electronic mobil
Copie act identitate persoană solicitantă	✓	✓	✓	✓	✓
Declarație pe propria răspundere	✓		✓	✓	✓
Copie extras bancar sau listă operațiuni cu data /ora și minutul tranzacției nerecunoscute de Asigurat	✓				
Copie plângere înregistrată la poliție și dovada înregistrării*	✓	✓	✓	✓	✓
Certificat sau raport medical scris**	✓	✓	✓	✓	✓
Declarație detaliată și formalizată a unui martor care să ateste Atacul Fizic sau în caz de pierdere a cunoștinței, amețeală, leșin, accident rutier**		✓			
Copie extras de cont /Chitanța ATM care atestă valoarea numerarului retras	✓	✓			
Copie Documente refăcute și copie chitanță /bon fiscal care atestă cheltuielile efectuate pentru emiterea acestora			✓		
Copie chitanță /bon fiscal care atestă cheltuielile efectuate pentru înlocuirea cheilor				✓	
Copie chitanță /factură pe numele Asiguratului care atestă achiziția unui nou Echipament Electronic Mobil care îl înlocuiește pe cel furat					✓
Copie factură operator telefonie cu listă detaliată servicii fie alt document similar (se vor marca serviciile utilizate abuziv)					✓

\*În caz de Tâlhărie sau Furt.

\*\*În caz de leziuni corporale ca urmare a unui Atac Fizic, Tâlhărie sau în caz de pierdere a cunoștinței, amețeală, leșin, accident rutier.

**\*\*\*Pentru toate cererile de solicitare a indemnizației de asigurare, SOGESSUR S.A. prin SOGESSUR S.A. Paris – Sucursala București are dreptul de a solicita orice informații suplimentare sau documente pe care le consideră necesare în vederea stabilirii dreptului la plata indemnizației de asigurare, cu respectarea condițiilor prevăzute în Contractul de Asigurare.**

Subsemnatul/a, cunoscând conținutul Notei de informare „GDPR” privind protecția datelor cu caracter personal, din care am primit un exemplar, prin care am fost informat cu privire la modul în care îmi sunt prelucrate datele cu caracter personal în contextul activității desfășurate de SOGESSUR S.A. prin SOGESSUR S.A. PARIS – Sucursala București, precum și cu privire la drepturile care îmi sunt conferite de lege în calitate de persoană vizată, îmi exprim consimțământul privind prelucrarea datelor medicale, conform celor de mai jos:

Datele dumneavoastră de sănătate sunt prelucrate respectând regulile de confidențialitate medicală. Datele dumneavoastră de sănătate nu sunt utilizate în scopuri comerciale.

Este necesar ca datele dumneavoastră de sănătate să fie prelucrate de către SOGESSUR S.A. prin SOGESSUR S.A. PARIS – Sucursala București în calitate de Asigurător, pentru următoarele scopuri:

- pentru analizarea cererii dumneavoastră de despăgubire;
- pentru transmiterea acestora persoanelor interne sau externe abilitate în scop de evaluare.

#### **CONSIMȚĂMÂNT\***

Subsemnatul, (Nume Prenume)....., prin bifarea căsuței **DA** în chenarul de mai jos, îmi exprim consimțământul că datele mele privind starea de sănătate, să fie prelucrate de către SOGESSUR S.A. prin SOGESSUR S.A. PARIS – Sucursala București și să le transmită societăților din cadrul grupului Asigurătorului, intermediarilor și subcontractanților Asigurătorului, în scopul de a-și îndeplini obligațiile contractuale și legale.

Bifarea căsuței **NU** reprezintă lipsa consimțământului meu cu privire la o astfel de prelucrare.

**DA:**

**NU:**

**\*CONSIMȚĂMÂNTUL ESTE NECESAR DOAR ÎN SITUAȚIILE ÎN CARE SUNT SOLICITATE DOCUMENTE CONȚINÂND DATE MEDICALE.**

**Declarație:** Subsemnatul, al cărui nume este menționat mai jos, declar, că toate informațiile menționate în acest formular sunt corecte și adevărate, din câte cunosc și știu, fără a omite niciun aspect. Sunt de acord, ca în cazul unei informații false sau incomplete, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata oricărui beneficiu, în baza contractului.

**Numele și semnătură Asiguratului:**

\_\_\_\_\_

**Data semnării cererii (zz/ll/aaaa):**

**Numele Entității care recepționează Cererea de Despăgubire:**

\_\_\_\_\_

**Data recepționării cererii (zz/ll/aaaa):**