

**Formular privind Asigurarea Privată de Sănătate  
pentru înscrierea membrilor Corpului National al Politistilor si a membrilor Familiei la  
contractul Allianz-Tiriac nr .....**

Subsemnatul, nume..... POPESCU ..... prenume..... MARIUS .....  
 cod numeric personal: ..... 1801211171714 ..... membru al Corpului National al Politistilor  
 (denumit CNP), angajat la IPJ/ Unitatea..... ILFOV ..... confirm ca sunt de acord cu înscrierea in planul  
 de asigurare Sanaplan, contract nr ..... negociat de CNP, conform tabelului de mai jos:

Nume, Prenume	Tip asigurat (de completat statutul: titular si /sau membrii de familie sot/sotie/copil)	CNP	Semnătură titular si sau membru de familie
<u>POPESCU MARIUS</u>	<u>TITULAR</u>	<u>1801211171714</u>	<u>Popescu</u>

**Eligibilitate:**

- ✓ pot beneficia de asigurarea privată de sănătate doar membri CNP
- ✓ membrii de familie ai unui membru CNP (sot/sotie cu vârsta de până la 64 de ani, respectiv copiii minori sau studenți aflați în întreținerea părinților cu vârsta de până la 26 de ani neîmpliniți până la data intrării în Asigurare,)

**Costuri:** pentru fiecare membru înscris veti plăti lunar echivalentul primei de asigurare 59 RON/ luna pana la 55 de ani si 65 RON/ luna între 56 si 64 ani.

**DA, doresc să beneficiaz de acoperirile<sup>1</sup> oferite prin planul de asigurare Sanaplan, contract nr..... negociat de CNP si mandatez Angajatorul să facă demersurile necesare și să îmi rețină din salariu echivalentul lunar al primelor aferente planului de asigurare 59 (total prima lunara), respectiv să vireze aceste sume către Asigurător în numele meu.**

Contact (e-mail, telefon) ..... mariu1974@yahoo.com 0743305000 .....

Data 20.03.2017 ..... Semnătura<sup>2</sup> Popescu

**Acord de prelucrare date cu caracter personal si medical:**

**Sunt de acord și împuternicesc** Allianz Tiriac (denumit în continuare Asigurător), Marsh Broker de Asigurare-Reasigurare S.R.L. (denumit în continuare Broker):

- Să prelucreze direct sau printr-un împuternicit, în scopul derulării contractului de asigurare și a procesării cererilor de servicii medicale pentru mine și membrii familiei mele (în cazul în care sunt și aceștia Asigurați), datele cu caracter personal referitoare la toate datele de identificare și medicale, în scopul desfășurării activității sale și să le comunice reasuratorului, societăților membre ale grupurilor Asiguratorilor și Brokerului precum și furnizorilor de software din țară sau străinătate (când există o obligație în acest sens).
- Să ceară orice documente persoanelor juridice sau fizice, inclusiv celor la care am fost/sunt/voi fi tratat/investigat și îi dezleg de păstrarea secretului profesional, în scopul derulării contractului de asigurare și a procesării cererilor de servicii medicale;

**Am luat cunoștință** în numele meu și al membrilor familiei mele (în cazul în care sunt și aceștia Asigurați) de faptul că în conformitate cu dispozițiile Legii nr.677/2001, beneficiaz de dreptul de acces, de opoziție, de informare și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale. Pentru exercitarea acestor drepturi mă pot adresa către Asigurator și Broker, Justiției sau ANSPDCP.


*Fără aceste acorduri, Asiguratorii nu își pot îndeplini obligațiile din contractul de asigurare.*

<sup>1</sup> Perioada asigurată începe la data înscrisă în Certificatul de Membru și expiră la data de 31.03.2018, iar angajamentul de plată rămâne valabil până la terminarea contractului de asigurare cadru CNP

<sup>2</sup> Prin semnătură persoanele care au optat pentru asigurare mai sus își exprimă acordul în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și medical conform celor menționate în „Acord prelucrare date cu caracter personal și medical”.

**Formular privind Asigurarea Privată de Sănătate  
pentru înscrierea membrilor Corpului National al Politistilor si a membrilor Familiei la  
contractul Allianz-Tiriac nr .....**

Subsemnatul, nume POPESCU prenume MARIUS  
 cod numeric personal: 180.12.11.171714 membru al Corpului National al Politistilor  
 (denumit CNP), angajat la IPJ/ Unitatea ILFOV confirm ca sunt de acord cu înscrierea în planul  
 de asigurare Sanaplan, contract nr ..... negociat de CNP, conform tabelului de mai jos:

Nume, Prenume	Tip asigurat (de completat statutul: titular și /sau membrii de familie soț/soție/copil)	CNP	Semnătură titular și sau membru de familie
<u>POPESCU MARIUS</u>	<u>TITULAR</u>	<u>1801211171714</u>	
<u>POPESCU ANA</u>	<u>soție</u>	<u>2350331171411</u>	

**Eligibilitate:**

- ✓ pot beneficia de asigurarea privată de sănătate doar membri CNP
- ✓ membrii de familie ai unui membru CNP (soț/soție cu vârsta de până la 64 de ani, respectiv copiii minori sau studenți aflați în întreținerea părinților cu vârsta de până la 26 de ani neîmpliniți până la data intrării în Asigurare.)

**Costuri:** pentru fiecare membru înscris veți plăti lunar echivalentul primei de asigurare 59 RON/ luna pana la 55 de ani și 65 RON/ luna între 56 și 64 ani.

**DA, doresc să beneficiaz de acoperirile<sup>1</sup> oferite prin planul de asigurare Sanaplan, contract nr..... negociat de CNP și mandatez Angajatorul să facă demersurile necesare și să îmi rețină din salariu echivalentul lunar al primelor aferente planului de asigurare 11.2 (total prima lunară), respectiv să vireze aceste sume către Asigurător în numele meu.**

Contact (e-mail, telefon) ..... MARIUS1974@yahoo.com 0743305000

Data 24.03.2017 ..... Semnătura<sup>2</sup> Popescu

**Acord de prelucrare date cu caracter personal și medical:**

**Sunt de acord și împuternicesc Allianz Tiriac (denumit în continuare Asigurător), Marsh Broker de Asigurare-Reasigurare S.R.L. (denumit în continuare Broker):**

- Să prelucreze direct sau printr-un împuternicit, în scopul derulării contractului de asigurare și a procesării cererilor de servicii medicale pentru mine și membrii familiei mele (în cazul în care sunt și aceștia Asigurați), datele cu caracter personal referitoare la toate datele de identificare și medicale, în scopul desfășurării activității sale și să le comunice reasuratorului, societăților membre ale grupurilor Asigurătorilor și Brokerului precum și furnizorilor de software din țară sau străinătate (când există o obligație în acest sens).
- Să ceară orice documente persoanelor juridice sau fizice, inclusiv celor la care am fost/sunt/voi fi tratat/investigat și îi dezleg de păstrarea secretului profesional, în scopul derulării contractului de asigurare și a procesării cererilor de servicii medicale;

**Am luat cunoștință în numele meu și al membrilor familiei mele (în cazul în care sunt și aceștia Asigurați) de faptul că în conformitate cu dispozițiile Legii nr.677/2001, beneficiaz de dreptul de acces, de opoziție, de informare și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale. Pentru exercitarea acestor drepturi mă pot adresa către Asigurători și Broker, justiției sau ANSPDCP.**

*Fără aceste acorduri, Asigurătorii nu își pot îndeplini obligațiile din contractul de asigurare.*

<sup>1</sup> Perioada asigurată începe la data înscrisă în Certificatul de Membru și expiră la data de 31.03.2018, iar angajamentul de plată rămâne valabil până la terminarea contractului de asigurare cadru CNP

<sup>2</sup> Prin semnătură persoanele care au optat pentru asigurare mai sus își exprimă acordul în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și medical conform celor menționate în „Acord prelucrare date cu caracter personal și medical”.