

## FORMULAR DE EXONARARE DECLARATIE DE CONSIMTAMANT

Subsemnatul \_\_\_\_\_, domiciliat în \_\_\_\_\_, identificat cu \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Eliberata de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_, prin prezenta îmi exprim consimțământul  
expres pentru următoarele:

Societatea Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti are acordul meu expres și este pe deplin împuternicită de către mine să contacteze orice medic, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, în scopul obținerii oricoror documente privind: starea mea fiziologică și/sau patologică, investigații și analize efectuate, tratamente administrate și cure stabilite de către medici, în vederea punerii în aplicare a prezentei Contract de Asigurare.

Împuternicirea menționată mai sus îmi menține valabilitatea atât în timpul vieții mele, cât și după deces, până la momentul finalizării dosarului de daună și nu poate fi folosită decât în contextul analizei medicale a unui dosar de daună deschis în numele meu.

Prin prezenta îmi dau acordul expres și autorizez orice medic curant, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, să furnizeze aceste date către Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti și îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informații.

Am luat la cunoștință că Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti are dreptul de a solicita și de a primi relații de la medicii care m-au consultat, respectiv tratat precum și de la orice instituție ce deține informații referitoare la istoricul meu medical atât înainte cât și după producerea evenimentului asigurat. În acest context, îi exonerez de secretul profesional referitor la aceste informații pe toți cei care vor fi chestionați în cauză și li se vor solicita documente medicale referitoare la persoana mea, chiar și după deces.

Înteleg pe deplin și sunt întru totul de acord că prezenta este valabilă atât pe perioada dinaintea semnării cererii de Asigurare, cât și pentru întreaga durată a asigurării, precum și după încetarea asigurării până la finalizarea dosarului de daună.

Înteleg pe deplin și sunt întru totul de acord că informațiile și datele furnizate vor fi preluate de persoanele autorizate Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti în acest scop (angajat sau împuternicit în acest sens).

Prezenta declarație de consimțământ reprezintă acordul expres dat de către subsemnatul în calitate de Asigurat, are valoare de autorizare și constituie exonerarea de responsabilitate.

Sunt de acord, în conformitate cu prevederile legii 677/2001 privind protecția datelor personale, că toate datele personale furnizate (CNP, nume, Adresa, data de naștere, etc) incluzând datele despre starea de sănătate și orice alte date necesare desfășurării activității de Asigurare și reasigurare, să fie transmise de Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti către companiile din grupul din care face parte și Colonnade Insurance SA Luxembourg, precum și către alte societăți de Asigurare și Reasigurare cu scopul evaluării riscurilor, plata beneficiilor contractului, coasigurare și reasigurare. Astfel de date pot fi de asemenea comunicate către orice altă Societate de Asigurare sau de Reasigurare din străinătate pentru aceleași scopuri, informațiile păstrându-și caracterul confidențial. Prin prezenta dau acces deplin companiei de asigurări la toate datele medicale, informații despre spitalizări și orice alte date legate de activitatea de subscriere și de evaluare a daunelor. Prin prezenta declar că conținutul legii 677/2001 mi-a fost adus la cunoștință.

Semnătură: \_\_\_\_\_

Nume: \_\_\_\_\_

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

(pentru minori semnatura persoanei care îi au în întreținere/reprezentantul legal)

NOTA: Colonnade Insurance SA Luxembourg Sucursala Bucuresti își rezervă dreptul de a cere și alte documente sau examinări suplimentare de la medici sau autorități competente.