



**CERERE DE SOLICITARE A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE:
INVALIDITATE PERMANENTĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT**

Detalii contract

Număr contract		Tip produs	
Nume Contractant (dacă este diferit de Asigurat)	CNP/CUI		
Nume Asigurat	CNP		
Detaliile bancare ale Asiguratului: bancă / sucursală	Număr de cont (IBAN)		

Detalii ale persoanei care solicită indemnizația

Nume, prenume	CNP		
Relația cu Asiguratul		Telefon	
Adresa de corespondență			

Detalii referitoare la evenimentul asigurat

Data producerii accidentului	
Tip de accident (vă rugăm bifați varianta corespunzătoare)	<input type="checkbox"/> accident rutier <input type="checkbox"/> accident de muncă <input type="checkbox"/> altele – vă rugăm detaliați:
Circumstanțele producerii accidentului	Vă rugăm descrieți în detaliu circumstanțele producerii accidentului:

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.



Ca urmare a producerii accidentului au fost întocmite rapoarte/procese verbale de constatare?	Vă rugăm bifați varianta corespunzătoare: <input type="checkbox"/> raport al poliției <input type="checkbox"/> raport al inspectoratului teritorial de muncă <input type="checkbox"/> altele – vă rugăm precizați:
---	---

Detalii referitoare la invaliditate

Diagnostic complet	
Data precizării diagnosticului	
Pentru certificarea invalidității, Asiguratul s-a prezentat la Comisia de expertiză a capacității de muncă?	<input type="checkbox"/> Da - vă rugăm atașați copia deciziei <input type="checkbox"/> Nu
Datele unității medicale în care a fost internat Asiguratul	Denumire: Adresă: Nr. de telefon:
Detaliile medicului curant (medicul care urmărește Asiguratul pentru diagnosticul de invaliditate)	Nume și prenume: Adresa unității/cabinetului medical: Nr. de telefon:
Detaliile medicului de familie	Nume și prenume: Adresa unității/cabinetului medical: Nr. de telefon:

Data completării

Semnătura solicitantului

După completare, la acest formular se vor atașa următoarele documente:

- Copiile proceselor verbale/rapoartelor poliției, Inspectoratului teritorial de muncă sau ale oricăror instituții care au constat sau care au investigat accidentul
- Copiile tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu invaliditate totală permanentă
- Copia deciziei Comisiei medicale de expertiză a capacității de muncă (dacă există)
- Copia actului de identitate al Asiguratului

Orice alte documente suplimentare necesare pentru stabilirea întinderii obligației de plată vor fi solicitate ulterior, în scris, de către departamentul Daune al Signal Iduna.

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.