

**CERERE DE SOLICITARE A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE:  
SPITALIZARE ȘI/SAU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ ÎN URMA 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 evenimentul asigurat**

Diagnostic complet	
Perioada de spitalizare	Data și ora internării: Data și ora externării:
Perioada de incapacitate temporară de muncă	Data începerii incapacității: Data încetării incapacității:
Datele unității medicale în care a fost internat Asiguratul	Denumire:  Adresă:  Nr. de telefon:
Detaliile medicului curant (medicul care urmărește Asiguratul pentru diagnosticul de spitalizare și/sau diagnosticul de incapacitate temporară de muncă)	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 constatat sau care au investigat accidentul
- Copia biletului de externare
- Copiile tuturor certificatelor de concediu medical ce atestă incapacitatea temporară de muncă
- Copiile tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu spitalizare
- 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.**