

**CERERE DE SOLICITARE A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE:  
 SUSPENDARE DE PLATĂ A PRIMELOR**
**Detalii contract**

Număr contract		Tip produs	
Nume Contractant (dacă este diferit de Asigurat)	CNP		
Adresa de corespondență			

**Detalii referitoare la evenimentul asigurat**

Cauza care a generat invaliditatea	<input type="checkbox"/> boală <input type="checkbox"/> accident rutier <input type="checkbox"/> accident de muncă <input type="checkbox"/> altele – vă rugăm detaliați:
Data producerii evenimentului care a generat invaliditatea	Data producerii accidentului sau data apariției bolii:
Circumstanțele producerii evenimentului care a generat invaliditatea	Vă rugăm descrieți în detaliu circumstanțele producerii accidentului sau istoricul afecțiunii care s-a soldat cu invaliditate:
Doar pentru invaliditate survenită ca urmare a unui accident: 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 al afecțiunii	
Data precizării diagnosticului (data instalării invalidității)	
Data atestării invalidității (data deciziei medicale de încadrare în gradul I sau II de invaliditate)	(vă rugăm atașați copia deciziei)

**SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.**

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 tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu invaliditate de gradul I sau II
- Copia deciziei Comisiei medicale de expertiză a capacității de muncă (dacă există)
- Copiile proceselor verbale/rapoartelor poliției, Inspectoratului teritorial de muncă sau ale oricăror instituții care au constatat sau care au investigat accidentul – dacă este cazul
- 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.**

Calea Floreasca 60, Etaj 6 (parțial), 7 și 8  
 București, Sector 1, Cod Poștal 014462  
 Telefon: (+40) 31 730 71 00  
 Fax: (+40) 31 730 71 77  
 www.signal-iduna.ro

Cod Unic Înregistrare: 23545104  
 Registrul Comerțului: J40/5098/19.03.2008  
 Capital social subscris și vărsat: 69.555.132,50 RON  
 Banca: Citibank Europe plc. Dublin - Sucursala  
 România  
 IBAN: RO18 CITI 0000 0006 5009 6002

Autorizat de Autoritatea de Supraveghere Financiară  
 Companie administrată în sistem dualist  
 Număr de înregistrare în Registrul Asiguratorilor  
 RA-062/11.06.2008  
 Număr autorizație 505/10.06.2008  
 Operator de date cu caracter personal numărul 9402