

**CERERE DE SOLICITARE A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE: BOLI GRAVE**

**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			

**Data completării:**

**Semnătura solicitantului:**

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

- Copia certificatului de membru
- Copia contractului de muncă
- Documentele medicale care atestă diagnosticul de boală gravă stabilit de medicul specialist și documentele pe baza cărora a fost stabilit acest diagnostic
- Copia fișei medicale de la medicul de familie, fiecare pagină semnată și parafată de medicul de familie, iar pe document să fie menționate "fișa conține ... pagini" și "conform cu originalul"
- Copiile tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul de boală gravă
- Copia actului de identitate al Asiguratului

Prezentul document, completat în întregime, împreună cu documentele enumerate mai sus vor fi transmise prin poștă către Departamentul Daune al Signal Iduna, Calea Floreasca nr. 60, etaj 8, sector 1, București, 014462

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

Pentru orice întrebări suplimentare, departamentul Relații Clienți vă stă la dispoziție la numărul de telefon 031 730 70 80 sau la adresa de e-mail [clientservice@signal-iduna.ro](mailto:clientservice@signal-iduna.ro)

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