

**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 constatat 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.

 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