



**CERERE DE SOLICITARE A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE:
INVALIDITATE PERMANENTĂ CA URMARE A UNEI BOLI PROFESIONALE**

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

Diagnostic complet	
Data debutului bolii profesionale	
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 medicina muncii	Nume și prenume:

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.



(medicul care prestează serviciile de medicina muncii pentru angajatorul Asiguratului la data completării acestui formular)	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 totală permanentă
- Copia deciziei Comisiei medicale de expertiză a capacității de muncă (dacă există)
- Copiile fișelor de aptitudine (rezultatele controalelor periodice de medicina muncii) întocmite pentru Asigurat în ultimii 2 ani anterior datei declarării bolii profesionale
- 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.