


**CERERE DE SOLICITARE A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE:  
 SPITALIZARE**
**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 evenimentului	
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 spitalizare**

Diagnostic complet	
Perioada de spitalizare	Data și ora internării: Data și ora externării:
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)	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 – dacă evenimentul s-a produs ca urmare a unui accident
- Copia biletului de externare
- 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.**

 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