

Formular acordare indemnizație boli grave

Vă rugăm completați acest formular cu majuscule.

În cazul în care spațiul este insuficient, vă rugăm folosiți o foaie suplimentară.

Secțiunea I: Detalii Asigurat (se completează de către Asigurat)

Numele pacientului: _____
 CNP: _____
 Adresa de corespondență: _____
 Telefon: _____, Email: _____

Secțiunea II: Detalii bancare (se completează de către Asigurat)

Nume titular cont: _____
 Relația titularului cu Asiguratul: ☐ aceeași persoană ☐ persoană diferită*
 Relația: _____
 Denumirea băncii: _____
 IBAN: RO _____

*În cazul în care Titularul de cont este diferit de Asigurat vă rugăm să atașați copii ale actelor de identitate pentru ambele persoane

Secțiunea III: Descriere generală dosar indemnizație (se completează de către Asigurat)

Tip servicii medicale: ☐ ambulatoriu ☐ spitalizare
 Data efectuare servicii medicale: ____ / ____ / ____
 Descriere generală servicii medicale: _____

Secțiunea IV: Documente necesare în vederea evaluării dosarului de indemnizație

În vederea trimiterii documentației corecte și complete vă rugăm să verificați cu lista de mai jos documentele trimise Asiguratorului.

1.	Formular indemnizație	Documente obligatorii
2.	Acte identitate	Document obligatoriu doar pentru primul dosar de indemnizație sau la schimbarea datelor personale – Copie act identitate Asigurat și copie act identitate persoană desemnată pentru încasarea sumelor datorate de Asigurator în baza asigurării;
3.	Documente bancare	Document obligatoriu doar pentru primul dosar de indemnizație sau la schimbarea datelor bancare – Dovada deținerii contului bancar în care se dorește efectuarea plății
4.	Documente medicale justificative	Documente obligatorii – Toate documentele emise de către medicul curant/instituția medicală prin care să se detalieze: motivul prezentării, istoricul afecțiunii curente, diagnosticul complet; (de exemplu: scrisoare medicală, bilet de trimitere, bilet ieșire din spital, rezultate investigații medicale)
5.	Dovada de plată a serviciilor medicale	Documente obligatorii – Toate documentele financiare emise de către instituția medicală prin care să se evidențieze explicit costul fiecărui serviciu medical efectuat: bon fiscal, chitanță și/ sau factură, ordin de plată, etc

Subsemnații, sub sancțiunea aplicabilă faptei de fraudă în asigurări, declarăm că cele completate mai sus sunt complete și corecte.

Semnătura pacientului: _____ Data semnării: _____

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. – Equilibrium, Secțiunea 1, Str. Gara Herăstrău, Nr. 2, Et. 4, Sector 2, 020334, București, România; Telefon: 031 730 71 00; Fax: 031 730 71 77; E-mail: office@signal-iduna.ro; www.signal-iduna.ro

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, companie administrată în sistem dualist, J2008005098400, C.U.I. RO23545104; Capital Social subscris și vărsat 65.142.471,45 RON; Număr de înregistrare în Registrul Asiguratorilor RA-062/11.06.2008; Număr autorizație 505/10.06.2008; Banca: Citibank Europe plc. Dublin - Sucursala România, IBAN: RO18 CITI 0000 0006 5009 6002, Cod LEI: 529900617IZ922N1YT16; EUID ROONRC.J2008005098400.