

NOTIFICARE ȘI CERERE DE SOLICITARE A DESPĂGUBIRII

Vmartie 2024

DETALII DESPRE POLIȚA DE ASIGURARE	
Nr. Poliță de asigurare:	Data începerii:
DATELE DE IDENTIFICARE ALE CONTRACTANTULUI	
Nume și Prenume / Denumire Societate:	
Adresa de domiciliu/reședință: Sediul Social / Punct de lucru:	
CNP / CUI:	
Telefon:	E-mail:
DATELE DE IDENTIFICARE ALE ASIGURATULUI	
Nume și Prenume:	
Adresa de domiciliu/reședință:	
Adresa de corespondență:	
CNP:	
Telefon:	E-mail:
DETALII ÎN LEGATURĂ CU PRODUCEREA RISCULUI ASIGURAT	
Tipul Riscului asigurat	☐ Deces ☐ Afecțiuni grave ☐ Arsuri din accident ☐ Fracturi ☐ Spitalizare ☐ Imobilizare în aparat gipsat din accident ☐ Invaliditate permanentă ☐ Intervenție chirurgicală ☐ Convalescență din accident ☐ Incapacitate temporară de muncă ☐ Cheltuieli medicale
Cauza și circumstanțele producerii Riscului asigurat (scurtă descriere a evenimentului)	
Riscul asigurat a fost cauzat de un accident?	☐ Da ☐ Nu Data accidentului: Locul accidentului:
Unitatea medicală care a preluat accidentatul și a acordat primele îngrijiri:	Persoana care a acordat primele îngrijiri
S-a întocmit un raport al Poliției cu privire la accident?	☐ Da ☐ Nu Dacă Da, vă rugăm să indicați Secția de Poliție
Riscul produs a fost cauzat de o afecțiune? Dacă Da, vă rugăm să oferiți detalii (indicați un scurt istoric al afecțiunii de la diagnosticarea inițială și până la data evenimentului)	☐ Da ☐ Nu Diagnostic: Istoric al afecțiunii (anexați documentele medicale) Nume medic de familie Număr de telefon

