

Număr contract asigurare: \_\_\_\_\_

Număr dosar daună: \_\_\_\_\_

(se completează de către asigurat) \_\_\_\_\_

Documente necesare pentru evaluarea solicitării de daună	
Indemnizație de spitalizare:	copie bilet ieșire din spital (cu ștampila spitalului și parafa medicului specialist)
	copii certificate concediu medical
Invaliditate permanentă:	certificat medical referitor la urmările permanente ale accidentului, cel mai devreme la un an de la accident (în cazul în care gradul invalidității permanente nu a fost stabilit definitiv înainte de acest termen)
Indemnizație fracturi/arsuri:	în caz de fracturi: radiografie sau interpretarea acesteia
	în caz de arsuri: document medical care precizează gradul și suprafața arsurii

Pașii procesului de daună și lista completă a actelor pentru stabilirea obligațiilor asiguratului: [www.grawe.ro/accident-1/](http://www.grawe.ro/accident-1/)

**Producerea accidentului se comunică neîntârziat asiguratului de către contractant, asigurat sau de către reprezentatul legal al acestora, prin completarea prezentului formular. Pentru o prelucrare rapidă a dosarului de daună sunt necesare răspunsuri corecte și cât mai complete.**

1. Nume contractant	
2. Nume asigurat	
3. CNP asigurat	
4. Date contact asigurat (adresă completă, telefon, email)	
5. Ocupație asigurat (inclusiv eventuale ocupații suplimentare) și loc de muncă actual	
6. Relație de rudenie între asigurat și contractant	
7. Instituția de asigurări sociale la care este înregistrat asiguratul (inclusiv număr contract asigurări sociale)	
8. Data și ora producerii accidentului	
9. Tipul accidentului	<input type="checkbox"/> rutier <input type="checkbox"/> de muncă <input type="checkbox"/> casnic <input type="checkbox"/> sportiv <input type="checkbox"/> altul
10. Locul exact al producerii accidentului	
11. Secția de poliție care a documentat accidentul	
12. Nume și adresă martori (dacă este cazul)	
13. Detaliere completă și suficientă a accidentului	
14. Tipul vătămarilor (de ex.: fractură, comoție, plagă etc.)	

15. Nume, specialitate și date contact medic care a acordat primul ajutor medical	
16. Nume, specialitate și date contact medic curant	
17. Nume și date contact medic de familie	
18. Vătămări corporale, accidente sau alte suferințe fizice existente anterior (detalii)	
19. Dacă asiguratul are o asigurare de sănătate, de accident sau de viață la alt asigurător - numele companiei și numărul contractului de asigurare	

**De completat numai în cazul accidentelor de circulație:**

20. Proprietar autovehicul implicat în accident	
21. Șofer autovehicul la momentul producerii accidentului	
22. Număr permis de conducere șofer	
23. Asigurătorul de răspundere civilă auto (RCA) al autovehiculului (nume companie, numărul contract RCA, număr înmatriculare autovehicul)	

**Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile de mai sus sunt complete și conforme cu realitatea.**

Data: \_\_\_\_\_

Semnătură: \_\_\_\_\_

Vă rugăm să **semnați** și următoarele **împuterniciri** pentru prelucrarea mai rapidă a dosarului de daună. Informațiile furnizate vor fi tratate în toate cazurile cu confidențialitate.

**Împuternicire**

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare SA să cerceteze dosarele legale și administrative și să solicite copii ale acestora.

Data:	_____
Localitate:	_____
Semnătură	_____

**Împuternicire**

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare SA să solicite copii după toate documentele medicale referitoare la:

**Accident:**

Din data:	_____
Perioadă tratament:	_____
Cabinet medical / Spital:	_____
Data:	_____
Localitatea:	_____
Semnătură (pacient, respectiv reprezentantul său legal)	_____