

Anunț referitor la producerea unui accident



Numărul poliței de asigurare:

Numărul daunei:

(se completează de către asigurator)

Informații pentru contractantul asigurării / persoana asigurată accidentată

Actele necesare pentru determinarea, în conformitate cu produsul de asigurare, a valorii:

Indemnizației de spitalizare: - biletul de ieșire din spital (cu ștampila spitalului și parafa medicului specialist)

- copii ale certificatelor de concediu medical

- fișa medicală, eliberată de către medicul de familie

Invalidității permanente: certificatul 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)

Indemnizației în caz de fracturi/arsuri: - în caz de fracturi – radiografia sau interpretarea acesteia

- în caz de arsuri – un document medical care să precizeze gradul și suprafața arsurii

Producerea accidentelor trebuie anunțată imediat de către contractant, persoana asigurată accidentată sau de către reprezentatul legal al acesteia, prin trimiterea acestui formular completat la sediul central al societății Grawe România Asigurare SA. Pentru prelucrarea rapidă a daunei sunt necesare răspunsurile complete și corecte la toate întrebările de mai jos.

1. Numele contractantului asigurării	
2. Numele persoanei asigurate accidentate	
3. Data nașterii persoanei asigurate accidentate	
4. Domiciliul persoanei asigurate accidentate (adresa completă, nr. telefon, fax, e-mail)	
5. Profesia (și eventualele ocupații suplimentare ale persoanei asigurate accidentate) și locul de muncă actual	
6. Ce relație de rudenie există între persoana asigurată accidentată și contractantul asigurării?	
7. Data și ora producerii accidentului	
8. Locul exact al producerii accidentului	
9. Ce unitate de poliție a cercetat accidentul?	
10. Numele și adresa martorilor, dacă a fost cazul	
11. Cum s-a produs accidentul? (la această întrebare este necesar un răspuns detaliat, pentru a crea o imagine relevantă asupra accidentului)	
12. De ce tip sunt vătămările?	
13. Unde v-ați adresat după ajutor medical? Numele, specialitatea și adresa medicului care v-a acordat primul ajutor medical	

14. Numele și adresa medicului curant	
15. Numele și adresa medicului de familie	
16. Existau vătămări corporale, accidente sau alte suferințe anterior accidentului avizat în prezent? Dacă da, care?	
17. Persoana asigurată accidentată este asigurată la asigurările sociale?	
18. Persoana asigurată accidentată are o asigurare de sănătate, de viață sau o altă asigurare de accident? (dacă da, vă rugăm să ne comunicați societatea de asigurare și numărul contractului de asigurare)	

De completat numai în cazul accidentelor de circulație:

19. Cine este proprietarul autovehiculului?	
20. Cine a condus autovehiculul?	
21. Datele permisului de conducere al șoferului	
22. Asigurătorul de răspundere civilă auto (RCA) al autovehiculului (societatea, numărul de poliță, nr. de înmatriculare al autovehiculului)	

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

.....
Data

.....
Semnătura

Vă rugăm să **semnați** și următoarele **împuterniciri** pentru prelucrarea mai rapidă a dosarului dvs. de daună. Informațiile pe care ni le-ați furnizat vor fi tratate în toate cazurile cu confidențialitate.

Împuternicire

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare SA să cerceteze dosarele legale și administrative și să procure copii după acestea.

Data.....Localitatea.....

Semnătura.....

Împuternicire

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare SA să procure copii după toate documentele medicale referitoare la accidentul pe care l-am suferit în data de.....

Perioada de tratament.....

Spitalul.....

Data.....Localitatea.....

Semnătura.....
(Pacientul, respectiv reprezentantul său legal)