

NOTIFICARE

Subsemnatul _____, posesor al CI seria _____ nr _____, eliberata de _____, CNP _____, domiciliat in _____ tel. _____ e-mail _____, in calitate de _____

va comunica producerea urmatorului eveniment asigurat:

- deces din accident
- deces din imbolnavire
- invaliditate totala permanenta din accident
- invaliditate totala permanenta din imbolnavire
- somaj
- alite cauze

Numele si prenumele persoanei asigurate _____

CNP-ul persoanei asigurate | | | | | | | | | |

Data producerii evenimentului _____

Descrierea, pe scurt, a circumstantelor producerii evenimentului

Confirm că am primit «Informarea privind protecția datelor cu caracter personal» și am luat la cunoștință conținutul acesteia și faptul că SIGNAL IDUNA Asigurări SA și împuterniciții săi prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu dispozițiile legale privind prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data,

Semnatura,

Se completeaza de catre Banca:

Sucursala _____

Numele si prenumele persoanei care expediaza documentele catre asigurator _____

Adresa de e-mail: _____