

Formular avizare daune poliță accidente

Subsemnatul _____, posesor al CI, seria _____, nr. _____, eliberată
De _____, CNP _____, domiciliat în _____
tel. _____, e-mail _____, în calitate de _____

vă comunic producerea următorului eveniment asigurat:

- deces din accident
- deces din îmbolnăvire
- invaliditate totală permanentă din accident
- invaliditate totală permanentă din îmbolnăvire
- șomaj
- alte cauze

Numele și prenumele persoanei asigurate _____

CNP-ul persoanei asigurate _____

Data producerii evenimentului _____

Descrierea, pe scurt, a circumstanțelor 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 S.A. 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 _____

Semnătura _____

Se completează de către Bancă:

Sucursala _____

Numele și prenumele persoanei care expediază documentele către asigurator _____

Adresa de e-mail: _____

CL01NCAV104