SIGNAL IDUNA

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 urmatorului 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 evenimetului _____
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: _____

CL01NCAVI04