

Vă rugăm să completați complet și corect această cerere de despăgubire!

Date privind Contractantul/ Contractul de Asigurare

Nume Contractant		Nr. Contract Asigurare	
------------------	--	------------------------	--

Date privind Asiguratul

Nume și Prenume Asigurat												
CNP												
Ocupația și descrierea activității profesionale												

Date privind persoana care solicită despăgubirea (Asigurat/Beneficiar)

Nume și Prenume			
Adresă de contact			
Număr de telefon		Adresă e-mail	
Relația cu Asiguratul (dacă persoana de contact este diferită de Asigurat)			

Detalii privind evenimentul asigurat

Tipul evenimentului produs (marcați căsuța corespunzătoare)	<input type="checkbox"/> Deces din orice cauză <input type="checkbox"/> Deces din accident <input type="checkbox"/> Deces ca urmare a unui infarct miocardic sau accident vascular <input type="checkbox"/> Invaliditate totală și permanentă de gradul I+II <input type="checkbox"/> Invaliditate totală permanentă din accident <input type="checkbox"/> Invaliditate parțială permanentă totală din accident	<input type="checkbox"/> Incapacitate temporară de muncă din accident sau boală profesională <input type="checkbox"/> Spitalizare din orice cauza <input type="checkbox"/> Intervenție chirurgicală din orice cauza <input type="checkbox"/> Convalescența din orice cauza <input type="checkbox"/> Fracturi și arsuri <input type="checkbox"/> Boli Grave	Data producerii evenimentului asigurat(zz/ll/aaaa)

Documente obligatorii pentru evaluarea cererii de despăgubire

Dacă vă aflați în posesia documentelor menționate în tabelul de mai jos, privind tipul evenimentului produs, vă rugăm să le trimiteți împreună cu această cerere. Soluționarea cazului de despăgubire va fi mai rapidă, cu cât toată documentația necesară analizării circumstanțelor producerii evenimentului asigurat va fi pusă la dispoziția Asiguratorului cât mai repede.

Banca și Sucursala:	
Cont bancar număr (IBAN):	

Descrierea circumstanțelor de producere a evenimentului asigurat, așa cum sunt cunoscute de persoana solicitantă a despăgubirii:

Declarație solicitant: Subsemnatul, declar, că toate informațiile menționate în acest formular sunt corecte și adevărate, din câte cunosc și știu, fără a omite niciun aspect. Sunt de acord, ca în cazul unei informații false sau incomplete, BRD Asigurări de Viață S.A. are dreptul de a refuza sau reduce plata oricărui beneficiu, în baza contractului/ contractelor de mai sus. Declar că, în cazul Incapacității Temporare de Muncă, trebuie să furnizez către BRD Asigurări de Viață S.A. documentele ce atestă continuarea perioadei de incapacitate de muncă, iar în cazul Șomajului sunt obligat să trimit lunar dovada ce atestă continuarea perioadei de șomaj, în caz contrar, plata oricărui beneficiu va înceta.

Subsemnatul am luat la cunoștință de documentul „Prelucrarea datelor personale. Informarea persoanei vizate”, anexat prezentei cereri, prin care am fost informat cu privire la modul în care îmi sunt prelucrate datele cu caracter personal în contextul activității desfășurate de BRD Asigurări de Viață S.A. precum și cu privire la drepturile care îmi sunt conferite de lege în calitatea mea de persoană vizată. Documentul este disponibil gratuit, și pe site-ul Asigurătorului, la adresa www.brdasigurarideviata.ro.

Numele și semnătura solicitantului:

Data semnării cererii: