

FORMULAR PLATA INDEMNIZATII DAUNE

(* la prezentul formular va fi completat si anexat Chestionarul 1 sau Chestionarul 2, in functie de tipul evenimentului produs)

Polita numarul:		Intermediar:	
Asigurat:		Sucursala /Agentia:	
CNP Asigurat			

	Beneficiar	Reprezentant Legal
Nume/Denumire:		
CNP/CUI/CIF:		
Nr. Telefon:		
E-mail:		
Adresa Asiguratului:	Str.:; Nr.:; Bl.:; Sc.:; Et.:; Ap.:; Cod postal; Localitate:; Judet:	

Informatii necesare efectuării plății:

Transfer in cont bancar

Informatii cont bancar:	IBAN:	
	Moneda contului	<input type="checkbox"/> RON <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD
	Deschis la banca
	Sucursala bancii
	Titular cont
CNP/CUI titular cont		

Plata prin casieria AZT, sucursala/agentia

Solicit plata urmatoarelor indemnizatii:

1	Asigurare de baza	<input type="checkbox"/> Deces din accident
2	Asigurare de baza	<input type="checkbox"/> Invaliditate permanenta din accident
3	Clauza 13-1	<input type="checkbox"/> Incapacitate temporara de munca din accident
4	Clauza 13-2	<input type="checkbox"/> Deces din boala profesionala sau invaliditate permanenta din boala profesionala
5	Clauza 13-3	<input type="checkbox"/> Deces la locul de munca ca urmare a unei imbolnaviri subite
6	Clauza 13-4	<input type="checkbox"/> Fracturi
7	Clauza 13-5	<input type="checkbox"/> Interventie chirurgicala posttraumatica
8	Clauza 13-6	<input type="checkbox"/> Deces sau invaliditate permanenta urmare a unei boli subite
9	Clauza 13-7	<input type="checkbox"/> Stabilirea indemnizației cuvenite persoanei asigurate în caz de invaliditate permanentă, ca urmare a unui accident, în baza scalei de indemnizare CONTINENTAL
10	Clauza 13-8	<input type="checkbox"/> Deces sau invaliditate permanenta a persoanelor aflate într-un autovehicul
11	Valabil pentru: Asigurare de baza și Clauza 13-1	<input type="checkbox"/> Cheltuieli medicale in cuantum de Se anexeaza documentele:

Declar ca datele incluse in aceasta fisa sunt reale si in conformitate cu informatiile de care dispun. Sunt de acord ca datele mele sa fie prelucrate si sa intre in baza de date a companiei Allianz-Tiriac Asigurari SA. La cererea mea scrisa, Allianz-Tiriac Asigurari SA se obliga sa actualizeze, sa stearga sau sa ma informeze despre datele mele personale prelucrate conform dispozitiilor Legii 677/ 2001 modificate.

Sunt de acord sa primesc materiale informative de la Allianz Tiriac Asigurari SA prin mijloacele de comunicare preferate.

Allianz-Tiriac Asigurari SA este inregistrata in Registrul de Evidenta a Prelucrarilor de Date cu Caracter Personal sub nr. 779. Informatii detaliate privind drepturile persoanelor vizate sunt afisate la sediile Allianz-Tiriac si pe www.allianztiriac.ro.

Data si locul semnării solicitării	Semnatura Asiguratului	Semnatura Beneficiarului	Semnatura Contractantului	Semnatura Intermediarului