

## FORMULAR PLATA INDEMNIZATII DAUNE

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

(toate campurile aferente solicitatii pentru care ati optat sunt obligatorii si trebuie completate de catre Solicitant)

Polita numarului:		Intermediar:	
Asigurat:		Sucursala:	
CNP Asigurat			

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

### Informatii necesare efectuării plății:

<input type="checkbox"/>	Transfer pe polita/cererea numarului ..... in quantum/procent de .....reprezentand.....
<input type="checkbox"/>	Transfer pe polita/cererea numarului ..... in quantum/procent de .....reprezentand.....
<input type="checkbox"/>	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 .....
<input type="checkbox"/>	Alta modalitate de plata (necesita aprobarea Asiguratorului) .....

### Solicit plata urmatoarelor indemnizatii:

1	Asigurare de baza	<input type="checkbox"/> Deces
2	ADE	<input type="checkbox"/> Deces din accident
3	ADIS	<input type="checkbox"/> Invaliditate permanenta din accident
4	PD	<input type="checkbox"/> Invaliditate permanenta de gradul I
5	CI/DD	<input type="checkbox"/> Imbolnavire grava
6	SIA/SIAD	<input type="checkbox"/> Interventie chirurgicala ca urmare a unui accident sau ca urmare a unei boli
7	FRB	<input type="checkbox"/> Fracturi si Arsuri
8	HA/HAD	<input type="checkbox"/> Spitalizare ca urmare a unui accident sau ca urmare a unei boli
9	ITM	<input type="checkbox"/> Incapacitate temporara de munca din accident
10	WOP	<input type="checkbox"/> Scutire de plata primelor pentru invaliditate permanenta

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](http://www.allianztiriac.ro).

Data si locul semnării solicitării	Semnatura Asiguratului	Semnatura Beneficiarului	Semnatura Intermediarului