

## FORMULAR DE ANUNȚ AL EVENIMENTULUI ASIGURAT INVALIDITATE PERMANENTĂ DIN ACCIDENT(PD)

### Date de identificare

Nume și prenume Asigurat:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Număr telefon și Adresa de e-mail	<input style="width: 60%;" type="text"/>   <input style="width: 40%;" type="text"/>
CNP Asigurat:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Număr contract/contracte:	<input style="width: 60%;" type="text"/>   <input style="width: 40%;" type="text"/>
Pentru virarea eventualei indemnizații de asigurare, vă rugăm să completați detaliile dumneavoastră bancare, confirmate prin aplicarea semnăturii dumneavoastră pe acest formular :	
Cont IBAN	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Banca:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Sucursala:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

\*plata în contul unei terțe persoane fizice se poate face numai în baza unei procuri notariale ce se va trimite în original și a copiei BI/CI a terței persoane

### SECȚIUNEA A

Data producerii accidentului: (zi/lună/an)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tipul accidentului:	<input type="checkbox"/> accident rutier <input type="checkbox"/> accident casnic <input type="checkbox"/> agresiuni <input type="checkbox"/> accident în timpul muncii <input type="checkbox"/> sport-hobby <input type="checkbox"/> alt accident
Au fost organele de poliție implicate în investigarea evenimentului?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

Vă rugăm descrieți circumstanțele producerii accidentului pe o foaie A4 atașată, semnată în original de către asigurat.

### SECȚIUNEA B

Vă rugăm atașați următoarele documente în vederea evaluării evenimentului asigurat:

1. Referat întocmit de către medicul specialist cu următoarele precizări:
  - care este invaliditatea dobândită;
  - dacă invaliditatea este permanentă sau remisivă;
  - care sunt deficitul neurologice/morfofuncționale instalate;
  - dacă s-a recomandat/urmat tratamentul recuperator; dacă da, care este data următoarei evaluări a invalidității.
2. Copia actului de identitate semnată în original.
3. În cazul în care ați fost internat sau s-a intervenit chirurgical ca urmare a accidentului declarat, vă rugăm să ne trimiteți toate biletele de ieșire din spital sau alte investigații efectuate pentru precizarea diagnosticului;
4. În cazul unui accident rutier, atașați rezultatul final al Anchetei Poliției și valoarea alcoolemiei; (Valoarea alcoolemiei este necesară doar în cazul în care ați fost șofer la momentul accidentului).

În funcție de informațiile cuprinse în aceste documente este posibil să solicităm ulterior și alte documente necesare evaluării, în conformitate cu prevederile Condițiilor Contractuale:

Copia Foii/Foilor de Observație / Referat medical întocmit de către medicul curant / Copia Fișei personale de consultații de la medicul de familie / Referat medical întocmit de către medicul de familie / Alte documente emise de către autoritățile legale în funcție de natura evenimentului asigurat.

Documentele atașate de către dumneavoastră vor fi analizate în cadrul Departamentului Evenimente Asigurate al ING Asigurări de Viață S.A. Aceste documente ne vor ajuta să determinăm întinderea obligației de plată în funcție de Condițiile Contractuale ale contractului dumneavoastră. Documentele originale vă vor fi returnate după evaluarea evenimentului.

### SECȚIUNEA C (Conform Condițiilor Contractuale Specifice, următoarele sunt considerate invalidități permanente.)

Vă rugăm să bifați invaliditatea permanentă pe care considerați că ați dobândit-o:

- |   |      |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Pierderea unui ochi sau pierderea completă a vederii pentru un ochi  | 50%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea ambilor ochi sau pierderea completă a vederii  | 100% |
| <input type="checkbox"/> Pierderea completă a auzului rezultată ca urmare a unui singur accident  | 50%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea unui plămân  | 50%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea unui rinichi   | 50%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea ambilor rinichi  | 100% |
| <input type="checkbox"/> Pierderea splinei  | 10%  |
| <input type="checkbox"/> Vătămarea coloanei vertebrale printr-un accident având ca urmare invaliditatea permanentă  | 30%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea unui membru superior de la nivelul articulației umărului sau de la un nivel cuprins între articulația cotului și articulația umărului          | 60%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea antebrățului cu păstrarea articulației cotului   | 40%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea mâinii de la nivelul articulației  | 40%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea tuturor degetelor unei mâini de la nivelul articulațiilor  | 40%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea tuturor degetelor unei mâini de la nivelul articulațiilor cu excepția degetului mare   | 30%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea degetului mare al unei mâini, inclusiv osul metacarpian  | 20%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea completă printr-un accident a funcționalității membrilor superioare:   |      |
| a unui singur membru superior   | 50%  |
| a ambelor membre superioare   | 100% |
| <input type="checkbox"/> Pierderea completă printr-un accident a funcționalității membrilor inferioare:   |      |
| a unui singur membru inferior   | 50%  |
| a ambelor membre inferioare   | 100% |
| <input type="checkbox"/> Pierderea membrului inferior de la nivelul articulației șoldului sau de la nivelul zonei cuprinse între articulația genunchiului și articulația șoldului | 50%  |
| <input type="checkbox"/> Imobilitatea completă a articulației genunchiului  | 20%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea gambei cu păstrarea articulației genunchiului  | 30%  |
| <input type="checkbox"/> Pierderea piciorului de la nivelul articulației gleznei sau mai jos  | 20%  |

Data semnării  
formularului:

Semnătura Asiguratului

Persoana de contact

Număr de telefon