

## FORMULAR DE ANUNȚ AL EVENIMENTULUI ASIGURAT PRELUAREA PLĂȚII PRIMELOR ÎN CAZ DE INVALIDITATE (WOP)

### Date de identificare

Nume și prenume Asigurat:	<input type="text"/>
Număr telefon și Adresa de e-mail	<input type="text"/>
CNP Asigurat:	<input type="text"/>
Număr contract/contracte:	<input type="text"/>

Data încadrării în grad de invaliditate*: (zi/lună/an)	<input type="text"/>
Data revizuirii capacității de muncă: (zi/lună/an)	<input type="text"/>
Gradul invalidității:	<input type="checkbox"/> GRADUL 1 <input type="checkbox"/> GRADUL 2 <input type="checkbox"/> GRADUL 3**
Cauza afecțiunii/afecțiunilor care a/au condus la încadrarea în grad de invaliditate:	<input type="checkbox"/> ACCIDENT <input type="checkbox"/> ÎMBOLNĂVIRE

\* Data Deciziei Comisiei de Expertiză a Capacității de Muncă

\*\* Conform prevederilor Condițiilor Contractuale, constituie eveniment asigurat numai încadrarea în gradul 3 de invaliditate, ca urmare a unui accident.

### SECȚIUNEA A (Se va completa numai în cazul unui eveniment asigurat cauzat de un ACCIDENT)

Data producerii accidentului: (zi/lună/an)	<input type="text"/>
Tipul accidentului:	<input type="checkbox"/> accident rutier <input type="checkbox"/> accident casnic <input type="checkbox"/> agresțiuni <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.

### SECȚIUNEA B (Se va completa indiferent dacă invaliditatea a survenit din boală sau accident)

Data apariției primelor acuze/simptome: (zi/lună/an)	<input type="text"/>
---	----------------------

Vă rugăm să descrieți evoluția afecțiunilor care au condus la apariția invalidității pe o foaie A4 atașată.

### SECȚIUNEA C

Vă rugăm atașați următoarele documente în vederea evaluării evenimentului asigurat:

- Decizia Comisiei de Expertiză a Capacității de Muncă, privind încadrarea în grad de invaliditate - original sau copie legalizată.
- Documentarul medical pe baza căruia ați fost încadrat în grad de invaliditate.
- Documente privind istoricul afecțiunilor care au condus la ivirea invalidității (bilete de externare, consulturi, investigații paraclinice).
- Copia fișei de consultații de la medicul de familie - numerotată, semnată și parafată în original, pentru conformitate.
- Dovada plății scadenței anterioare datei încadrării în grad de invaliditate.
- În cazul unui accident rutier sau dacă au fost implicate organele Poliției - Rezultatul final al anchetei Poliției și valoarea alcoolemiei.
- Copia semnată a actului dumneavoastră de identitate.

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 Foi / Foilor de Observație / Referat medical întocmit de către medicul curant / 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 contractuale în funcție de Condițiile Contractuale ale contractului dumneavoastră. Documentele originale vă vor fi returnate după evaluarea evenimentului.

Data semnării formularului:	<input type="text"/>	Semnătura Asiguratului	<input type="text"/>
		Persoana de contact	<input type="text"/>
		Număr de telefon	<input type="text"/>