

Număr contract asigurare: _____

Număr dosar daună: _____
(se completează de către asigurator)

Documente necesare pentru evaluarea solicitării de daună	
Deces:	copie Certificat deces
	copie Certificat medical constatator al decesului
Deces natural:	copii documente medicale privind istoricul bolilor cauzatoare de deces
Deces din accident:	Procesul verbal de la Poliție de constatare a accidentului
	rezultatul anchetei Poliției / rezoluția Parchetului
	buletin examen toxicologic (alcoolemie, substanțe toxice etc.) dacă a fost impus de lege

Pașii procesului de daună și lista completă a actelor pentru stabilirea obligațiilor asiguratorului: <https://www.grawe.ro/deces/>

Decesul se comunică neîntârziat asiguratorului de către beneficiarul desemnat pentru cazul de deces sau de către reprezentatul său legal, prin completarea prezentului formular. Pentru o prelucrare rapidă a dosarului de daună sunt necesare răspunsuri corecte și cât mai complete.

1. Nume contractant					
2. Nume asigurat					
3. CNP asigurat					
4. Beneficiari deces nominalizați în polița de asigurare În cazul desemnării ca beneficiari ai moștenitorilor legali ai asiguratului - cotele conform procedurii succesoriale.	Nume beneficiar:				% indemnizație
5. Data decesului					
6. Cauza decesului	<input type="checkbox"/> boală	<input type="checkbox"/> accident	<input type="checkbox"/> agresiune	<input type="checkbox"/> suicid	<input type="checkbox"/> cauze neprecizate
7. În caz de accident, data producerii					
8. Diagnostic deces (pct. b, c, d din Certificatul medical constatator al decesului)					
9. Nume, specialitate și date contact medic care a constatat decesul					
10. Instituția medicală în cazul în care a fost făcută autopsie					
11. Locul exact și circumstanțele producerii decesului (dacă este cazul, detaliați pe o foaie separată, semnată și anexată prezentului formular)					

Deces – Avizare daună

12. Secția de poliție care a cercetat decesul (dacă este cazul)	
13. Instituțiile medicale și/sau medicii specialiști în a căror evidență a figurat asiguratul anterior producerii decesului (dacă este cazul, detaliați pe o foaie separată, semnată și anexată prezentului formular)	Instituție medicală:
	Medic specialist:
14. Nume și date contact medic de familie	

Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile de mai sus sunt complete și conforme cu realitatea.

Nume Beneficiar care a completat formularul: _____

Data: _____

Semnătură: _____

În calitate de **Beneficiar**, vă rugăm să semnați și următoarele împuterniciri pentru prelucrarea mai rapidă a dosarului de daună. Informațiile furnizate vor fi tratate în toate cazurile cu confidențialitate.

Împuternicire

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare S.A. să cerceteze dosarele legale și administrative ale asiguratului și să procure copii după acestea.

Nume: _____
Semnătură _____

Împuternicire

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare S.A. să procure copii după toate documentele medicale referitoare la istoricul medical al asiguratului.

Nume: _____
Semnătură _____

Beneficiarul ce urmează a fi persoană de contact în vederea completării dosarului de daună va pune la dispoziția celorlalți beneficiari (menționați la punctul 5) informarea cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal atașată prezentului formular.

Nume Beneficiar persoană de contact	Telefon mobil	Adresă corespondență	Adresă mail

Date de contact beneficiari (menționați la punctul 5)

Nume Beneficiar	Adresă corespondență	Adresă e-mail

Data: _____

Semnătură: _____