

Număr contract asigurare: \_\_\_\_\_ Număr dosar daună: \_\_\_\_\_  
(se completează de către asigurator)

<b>Documente necesare pentru evaluarea solicitării de daună</b>
Raport al primei examinări (întocmit de către spital/medic de familie/ambulanță)
Copii bilete ieșire din spital
Copii certificate concediu medical
Întreg istoric al afecțiunii
Adeverință privind reînceperea activității de muncă

Pașii procesului de daună și lista completă a actelor pentru stabilirea obligațiilor asiguratorului: [www.grawe.ro/incapacitate-munca/](http://www.grawe.ro/incapacitate-munca/)

**Incapacitatea de muncă se comunică neîntârziat asiguratorului de către contractant, asigurat sau de către reprezentatul legal al acestora, 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. Date contact asigurat: (adresa completă, telefon, email)	
5. Ocupație asigurat (inclusiv eventuale ocupații suplimentare)	
6. Nume și adresă angajator	
7. Relație de rudenie între asigurat și contractant	
8. Instituția de asigurări sociale la care este înregistrat asiguratul (inclusiv număr contract asigurări sociale)	
9. Dată la care a fost constatată pentru prima oară afecțiunea	
10. Moment început incapacitate de muncă	
11. Durată preconizată incapacitate de muncă	
12. Causă incapacitate de muncă	
13. Suferințe fizice, accidente sau alte infirmități existente anterior (detaliere)	
14. Intervenții chirurgicale anterioare sau planificate în viitor (detaliere)	

# Incapacitate de muncă (AUZ) – Avizare daună

15. Nume, specialitate și date contact medic care a administrat primul tratament	
16. Nume și date contact medic curant și spital	
17. Nume și date contact medic de familie	
18. Dacă asiguratul are o asigurare de sănătate, de accident sau de viață la alt asigurător - numele companiei și numărul contractului de asigurare	

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

Data: \_\_\_\_\_

Semnătură: \_\_\_\_\_

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 SA să cerceteze dosarele legale și administrative și să solicite copii ale acestora.

Data:	
Localitate:	
Semnătură	

## Împuternicire

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare SA să solicite copii după toate documentele medicale referitoare la:

### Îmbolnăvire / accident:

Din data:	
Perioadă tratament:	
Cabinet medical / Spital:	
Data:	
Localitate:	
Semnătură (pacient, respectiv reprezentantul său legal)	