

## NOTIFICAREA EVENIMENTULUI ASIGURAT PENTRU BENEFICIARII DE CREDITE

### A. Detalii despre credit și Membru Asigurat

Numărul contractului de credit*:	<input type="text"/>		
Numărul certificatului de asigurare*:	<input type="text"/>		
Nume și prenume*:	<input type="text"/>		
CNP*:	<input type="text"/>		
Cont curent BCR pentru rambursare credit/rata credit*:	<input type="text"/>		
Adresa de domiciliu*:	<input type="text"/>		
Număr telefon*:	<input type="text"/>	E-mail*:	<input type="text"/>
Eveniment asigurat*:	<input type="checkbox"/> Invaliditate Totală și Permanentă <input type="checkbox"/> Invaliditate Parțială și Permanentă <input type="checkbox"/> Incapacitate Temporară de Muncă <input type="checkbox"/> Pierderea Involuntară a Locului de Muncă <input type="checkbox"/> Spitalizare din orice cauză <input type="checkbox"/> Afecțiuni grave <input type="checkbox"/> Deces		
Data Producerii Evenimentului Asigurat*:	<input type="text"/>		
Data Notificării Evenimentului Asigurat*:	<input type="text"/>		

**Notă:** Informațiile marcate cu \* sunt obligatorii

### B. Documente necesare întocmirii dosarului de daună (Anexa 1)

#### C. Declarație

Subsemnatul declar că toate informațiile furnizate în prezentul document sunt adevărate, corecte și complete după cunoștința mea.

Sunt conștient de faptul că în cazul în care se constată că acestea sunt false, incorecte sau incomplete, Asiguratorul are dreptul de a ajusta sau refuza plata indemnizație de asigurare.

În cazul încetării incapacității Temporare de Muncă voi transmite o notificare scrisă către asigurator în termen de 5 zile de la data încetării concediului medical, referitoare la data recuperării capacității de muncă și revenirii la locul de muncă.

În cazul încetării Pierderii Involuntare a Locului de Muncă voi transmite o notificare scrisă către Asigurator în termen de 5 zile de la data intrării în posesie a adeverinței/cărții de muncă, eliberată de Agenția de Ocupare a Forței de Muncă, referitoare la data încetării șomajului și începerii unui nou raport de muncă.

Asiguratorul are dreptul, numai în procesul de instrumentare a dosarelor de daună să obțină informații cu privire la starea de sănătate/istoricul medical al Asiguratului de la medicii de familie/curanți. Membrul Asigurat își da consimțământul expres în acest sens prin semnarea Certificatului de Asigurare și prin semnarea formularului "Notificarea Evenimentului Asigurat".

Numele în clar:	<input type="text"/>	Semnătura:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	------------	----------------------	-------	----------------------

## Anexa 1. Documente necesare constituire dosar daună

Documente specifice solicitate	Observații	Persoana responsabilă	Instituția de unde se poate procura documentul
<b>Eveniment asigurat - DECES</b>			
<input type="checkbox"/> Formularul - "Notificarea Evenimentului Asigurat"	Completat și semnat de Reprezentat Membru Asigurat	Reprezentat Membru Asigurat	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Polița de asigurare a Membrului Asigurat	Original	Reprezentat Membru Asigurat	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA (doar dacă nu se găsește exemplarul Membrului Asigurat)
<input type="checkbox"/> Certificat de deces	Copie xerox legalizată	Reprezentat Membru Asigurat	Primărie
<input type="checkbox"/> Certificatul medical constatator al decesului /adeverința de la medicul de familie din care să reiasă diagnosticul care a dus la deces	Copie xerox / Original	Reprezentat Membru Asigurat	Medicul de familie / Institutul de medicină legală / Spital
<input type="checkbox"/> Fișa medicală a Membrului Asigurat sau o adeverință semnată de către medicul de familie din care să reiasă istoricul medical al Membrului Asigurat la momentul aderării la asigurare	Copie xerox / Original	Reprezentat Membru Asigurat	Medicul de familie
<input type="checkbox"/> Raportul de Poliție din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, dacă este cazul	Copie xerox	Reprezentat Membru Asigurat	Secția de Poliție pe raza căreia a avut loc accidentul
<input type="checkbox"/> Contractul de Credit <input type="checkbox"/> Fișa de credit la data notificării <input type="checkbox"/> Extras de cont la data evenimentului	Copie xerox	Reprezentat Membru Asigurat / BCR	BCR (doar dacă nu se găsește exemplarul Membrului Asigurat)
<b>Eveniment asigurat - INVALIDITATE TOTALĂ ȘI PERMANENTĂ</b>			
<input type="checkbox"/> Formularul - "Notificarea Evenimentului Asigurat"	Completat și semnat de Membrul Asigurat	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR / Familie
<input type="checkbox"/> Decizia de acordare a pensiei de invaliditate	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Casa Teritorială de Pensii aflată în subordinea CNPAS (Casa Județeană de Pensii din fiecare municipiu - reședință de județ sau Casa de Pensii a municipiului București)
<input type="checkbox"/> Documente medicale care să arate motivele invalidității permanente (bilet de ieșire din spital, raportul medicului curant/expert)	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Medicul specializat în expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă (medic expert al asigurarilor sociale)
<input type="checkbox"/> Raportul de Poliție din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, dacă este cazul	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Secția de Poliție pe raza căreia a avut loc accidentul
<input type="checkbox"/> Fișa medicală a Membrului Asigurat sau o adeverință semnată de către medicul de familie din care să reiasă istoricul medical al Persoanei Asigurate la momentul aderării la asigurare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Medicul de familie
<input type="checkbox"/> Act de identitate a Membrului Asigurat	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	–
<input type="checkbox"/> Contractul de Credit și Certificatul de Asigurare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR
<input type="checkbox"/> Graficul inițial de rambursare și graficul actual de rambursare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia / BCR	BCR
<b>Eveniment asigurat - INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ</b>			
<input type="checkbox"/> Formularul - "Notificarea Evenimentului Asigurat"	Completat și semnat de Membrul Asigurat	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Certificatul medical ce atestă incapacitatea temporară de muncă, eliberat de un medic de specialitate sau de o unitate sanitară acreditată potrivit legislației în vigoare, în care să fie menționat diagnosticul respectiv (persistența acestei stări va fi dovedită de către asigurat cel puțin o dată pe lună)	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Orice medic autorizat să elibereze un astfel de document (certificatul medical trebuie avizat de medicul de familie sau de medicina muncii)
<input type="checkbox"/> Fișa medicală a Membrului Asigurat sau o adeverință semnată de către medicul de familie din care să reiasă istoricul medical al acestuia la momentul aderării la asigurare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Medicul de familie/medicul curant/medicul specialist sau internist în evidența căruia se află Persoana Asigurată
<input type="checkbox"/> Biletul de ieșire din spital, în cazul în care Membrul Asigurat a fost spitalizat	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Spitalul unde a fost internată Persoana Asigurată
<input type="checkbox"/> Act de identitate a Membrului Asigurat	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	–
<input type="checkbox"/> Contractul de Credit și Certificatul de Asigurare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR
<input type="checkbox"/> Graficul inițial de rambursare și graficul actual de rambursare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia / BCR	BCR

Documente specifice solicitate	Observații	Persoana responsabilă	Instituția de unde se poate procura documentul
<b>Eveniment asigurat - ȘOMAJ</b>			
<input type="checkbox"/> Formularul - "Notificarea Evenimentului Asigurat"	Completat și semnat de Membrul Asigurat	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Adeverința emisă de angajator/ Inspectoratul Teritorial de Muncă în conformitate cu prevederile Hotărârii nr. 500/2011 privind întocmirea și completarea registrului general de evidență a salariaților	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Angajator / Inspectoratul Teritorial de Muncă
<input type="checkbox"/> Decizia de încetare a contractului individual de muncă	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Ultimul angajator
<input type="checkbox"/> Document care atestă că Membrul Asigurat figurează în evidențele Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă sau Cametului de evidență a șomerului, vizat și ștampilat lunar sau cuponul lunar de încasare a indemnizației de șomaj	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Agenția Locală de Ocupare a Forței de Muncă sau de către punctul de lucru al agenției
<input type="checkbox"/> Fișa medicală a Membrului Asigurat sau o adeverință semnată de către medicul de familie din care să reiasă istoricul medical al acestuia la momentul aderării la asigurare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Medicul de familie/medicul curant/medicul specialist sau internist în evidența căruia se află Persoana Asigurată
<input type="checkbox"/> Act de identitate a Membrului Asigurat	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	–
<input type="checkbox"/> Contractul de Credit și Certificatul de Asigurare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR
<input type="checkbox"/> Graficul inițial de rambursare și graficul actual de rambursare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia / BCR	BCR
<b>Eveniment asigurat – SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ</b>			
<input type="checkbox"/> Formularul - "Notificarea Evenimentului Asigurat"	Completat și semnat de Membrul Asigurat	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Biletul de ieșire din spital	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	Spitalul unde a fost internată Persoana Asigurată
<input type="checkbox"/> Act de identitate a Membrului Asigurat	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	–
<input type="checkbox"/> Contractul de Credit și Certificatul de Asigurare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR
<input type="checkbox"/> Graficul inițial de rambursare și graficul actual de rambursare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia / BCR	BCR
<b>Eveniment asigurat - AFECȚIUNI GRAVE</b>			
<input type="checkbox"/> Formularul - "Notificarea Evenimentului Asigurat"	Completat și semnat de Membrul Asigurat	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia / BCR	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Extras cont credit la data apariției evenimentului	Se trimite către asigurător pe e-mail, în ziua primirii notificării de daună, împreună cu formularul „Notificarea evenimentului asigurat"	BCR	BCR
<input type="checkbox"/> Certificat de asigurare pentru afecțiuni grave (exemplarul membrului asigurat)	Original/copie conform cu originalul	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia / BCR	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Documente medicale care să ateste diagnosticarea cu afecțiune gravă: - Rezultatele investigațiilor medicale - Copie după buletinul histopatologic - Orice alte documente medicale: scrisori medicale, bilete de ieșire din spital, foi de observație din timpul internării în care să se menționeze tratamentul aplicat și investigațiile efectuate	Copie xerox	Membrul Asigurat	–
<input type="checkbox"/> Graficul actual de rambursare	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia/ BCR	BCR
<b>Eveniment asigurat - INVALIDITATE PARȚIALĂ ȘI PERMANENTĂ</b>			
<input type="checkbox"/> Formularul - "Notificarea Evenimentului Asigurat"	Completat și semnat de Membrul Asigurat	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Extras cont credit la data apariției evenimentului	Se trimite către asigurător pe e-mail, în ziua primirii notificării de daună, împreună cu formularul „Notificarea evenimentului asigurat"	BCR	BCR

Documente specifice solicitate	Observații	Persoana responsabilă	Instituția de unde se poate procura documentul
<input type="checkbox"/> Certificat de asigurare pentru afecțiuni grave (exemplarul membrului asigurat)	Original/	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	BCR /BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA
<input type="checkbox"/> Act de identitate a Membrului Asigurat	Copie xerox	Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia	–
<input type="checkbox"/> Documente medicale care să ateste diagnosticarea cu risc de invaliditate parțială și permanentă: - certificat medical sau un alt act medical emis de către unitatea medicală în care s-a efectuat actul medical din care să reiasă clar pierderea suferită de către persoana asigurată - copii ale protocoalelor operatorii, ale analizelor și investigațiilor efectuate - copii ale certificatelor medicale diverse: pentru concediu, de expertiză, medico-legale	Copie xerox / Original	Membrul Asigurat	Medicul de familie/instituții medicale