

Procedura notificare dauna

In calitate de asigurat SIGNAL IDUNA beneficiezi de asigurarea de viata SIGNAL ENTERPRISE. Inainte de notificarea unui eveniment, asiguratii trebuie sa inregistreze acordul privind protectia datelor (GDPR), accesand linkul de [ACORD GDPR](https://acord.signaliduna.ro/ro/Acord/Authentication), (<https://acord.signaliduna.ro/ro/Acord/Authentication>) sau prin apel la serviciul specializat Call Center SIGNAL IDUNA: 021.9007 (nr. cu tarif normal). In lipsa acordului, evenimentul nu poate fi notificat.

In vederea notificarii dosarului de dauna este necesara parcurgerea urmatoarelor etape:

1. Asiguratul/Beneficiarul/Contractantul va transmite in mod electronic pe adresa de email life.claims@signal-iduna.ro (si in copie cc fsli@renomia.ro) documentatia necesara impreuna cu cererea de indemnizatie , in functie de riscul acoperit pentru care se solicita despagubirea.
2. Asiguratorul va analiza documentatia depusa
3. Asiguratorul poate solicita documente suplimentare, daca dosarul nu contine documentele complete, asa cum sunt ele enumerate in sectiunea "Documente necesare pentru lichidarea dosarului de dauna"
4. Termenul de notificare si depunere al documentelor este de 120 de zile de la data:
 - eliberarii certificatului de deces, pentru riscul de deces din boala sau accident
 - accidentului, pentru riscul de fracturi ca urmare a unui accident
 - efectuarii cheltuielilor medicale pentru riscul de cheltuieli medicale ca urmare a unei urgente medicale
 - data externarii din spital, pentru riscul de spitalizare din orice cauza
 - data terminarii concediului medical, pentru incapacitate temporară de muncă din orice cauză
 - eliberarii rezultatului histopatologic/externarii din spital aferente interventiei chirurgicale pentru riscul de boala grava.
5. In situatia unei aprobari, Asiguratorul efectueaza plata in contul bancar al Asiguratului /Dependentului/Mostenitorilor, in caz contrar, se va transmite o informare via e-mail cu privire la motivul refuzului. Termenul de plata este de 45 de zile de la data depunerii ultimului document solicitat de catre Asigurator.

Documentele necesare pentru lichidarea dosarelor de dauna:

1. Documente obligatorii:

In vederea obtinerii drepturilor de plata ca urmare a producerii evenimentelor asigurate sunt necesare urmatoarele documente obligatorii:

- Cerere de solicitare a indemnizației de Asigurare in functie de riscul asigurat completata de catre Asigurat/Dependent/Beneficiar
- Copie carte identitate/certificat nastere (acolo unde este cazul) al Asiguratului/Dependent/Beneficiar
- Copie extras de cont al Asiguratului/Dependent/Beneficiar
- Pentru Asigurati – adeverinta emisa de catre Contractant care sa ateste calitatea de membru si beneficiar al politei de asigurare.

2. Documente suplimentare – In functie de evenimentul asigurat vor fi necesare cel putin urmatoarele documente:

- **Deces din orice cauza** - În cazul decesului Asiguratului survenit pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare Asigurătorul va achita suma asigurată.
 - Copie certificat deces
 - Copie constatator deces
 - In cazul decesului Dependentului, despagubirea o va incasa Asiguratul in baza adeverintei de salariat eliberate de catre Contractant
 - In cazul decesului Asiguratului, despagubirea se va face conform masei succesoriale
 - Copie certificat mostenitor
 - In functie de cauzele procedurii evenimentului vor fi solicitate copia raportului întocmit de către instituțiile abilitate (poliție, inspectorat de muncă), documente medicale, etc

- **Invaliditate permanenta din orice cauza** - În cazul invalidității permanente din orice cauză a Asiguratului survenite pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare Asigurătorul va achita o indemnizație de asigurare în funcție de gradul de invaliditate dobândit de Asigurat. Gradul invalidității se regăsește în „Lista invalidităților” a Asigurătorului
 - Copie dupa actele medicale eliberate unitati medicale din care sa reiasa diagnosticul si tratament
 - Copiile tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu invaliditate totală permanentă
 - Copia deciziei Comisiei medicale de expertiză a capacității de muncă (dacă există)
 - Act doveditor medical din care sa reiasa ca evenimentul s-a produs in perioada de valabilitate a politei de Asigurare
 - Copie fisa medicala medic familie din care sa reiasa istoricul medical complet, in cazul dependentilor . Condițiile preexistente nu sunt acoperite de Asigurare

- **Spitalizare din orice cauza:** În cazul spitalizării din orice cauză Asiguratului, survenite pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare Asigurătorul va achita indemnizația de asigurare. Pe parcursul unui an contractual, Asigurătorul va plăti, pentru un Asigurat, maxim 30 de zile/an de spitalizare ca urmare a unui accident sau îmbolnăvire.
 - Recomandare medicala pentru spitalizare in situatia in care nu este vorba despre o urgenta
 - Copie bilet iesire din spital
 - Act doveditor medical din care sa reiasa ca evenimentul s-a produs in perioada de valabilitate a politei de Asigurare
 - Copie fisa medicala medic familie din care sa reiasa istoricul medical complet, in cazul dependentilor. Condițiile preexistente nu sunt acoperite de Asigurare

- **Incapacitate temporară de muncă din orice cauză** - În cazul incapacității temporare de muncă ca urmare a unui accident sau îmbolnăvire a Asiguratului, Asigurătorul va achita indemnizația de asigurare. Incapacitatea temporară de muncă este perioada ce urmează unei spitalizări de minim 3 zile în care Asiguratul se află în imposibilitatea temporară de a

desfășura munca salarizată. Incapacitatea temporară de muncă trebuie dovedită pe baza existenței unui certificat de concediu medical emis pe numele Asiguratului. Concediu medical trebuie să urmeze neîntrerupt perioada de spitalizare de cel puțin 3 zile. Pe parcursul unui an contractual, Asigurătorul va plăti, pentru un Asigurat, maxim 30 de zile de incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident sau îmbolnăvire.

- Copie documente medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu incapacitate temporară de muncă
 - Copie concediu medical emis pe numele asiguratului
 - Act doveditor medical din care sa reiasa ca evenimentul s-a produs in perioada de valabilitate a politei de Asigurare
 - Copie fisa medicala medic familie din care sa reiasa istoricul medical complet, in cazul dependentilor. Condițiile preexistente nu sunt acoperite de Asigurare
- **Intervenții chirurgicale din orice cauză** - În cazul unei intervenții chirurgicale suferite de către Asigurat, survenite pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va achita un procent din suma asigurată în funcție de gravitatea intervenției chirurgicale. Procentul aferent intervenției chirurgicale este menționat în „Lista intervenții chirurgicale” a Asigurătorului.
- Copie documente medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu recomandarea intervenției chirurgicale
 - Bilet iesire din spital
 - Act doveditor medical din care sa reiasa ca evenimentul s-a produs in perioada de valabilitate a politei de Asigurare
 - Copie fisa medicala medic familie din care sa reiasa istoricul medical complet, in cazul dependentilor. Condițiile preexistente nu sunt acoperite de Asigurare
- **Fracturi si arsuri ca urmare a unui accident** - În cazul unei fracturi ca urmare a unui accident, suferită de către Asigurat pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va achita o indemnizație de asigurare proporțională cu tipul fracturii suferite. Stabilirea tipului de fractură suferită de către Asigurat va fi făcută pe baza documentelor medicale valide și va fi încadrată de către medicii autorizați ai Asigurătorului în „Lista fracturilor”.
- În cazul unei arsuri ca urmare a unui accident, suferită de către Asigurat pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va achita o indemnizație de asigurare proporțională cu suprafața afectată a tegumentului. Stabilirea suprafeței afectate a tegumentului suferită de către Asigurat va fi făcută pe baza documentelor medicale valide și va fi încadrată de către medicii autorizați ai Asigurătorului în „Lista arsurilor” anexată.
- Copie documente medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii soldate cu evenimentul asigurat, inclusive tratamentul prescris si urmat
 - Act doveditor medical din care sa reiasa ca evenimentul s-a produs in perioada de valabilitate a politei de Asigurare
 - Copie fisa medicala medic familie din care sa reiasa istoricul medical complet, in cazul dependentilor. Condițiile preexistente nu sunt acoperite de Asigurare
- **Boli grave** - Pentru riscul de Boli grave Asigurătorul are obligația de a plăti indemnizația de asigurare în cazul diagnosticării inițiale cu o boală gravă dintre cele definite în “Lista de

boli grave”, respectiv diagnosticarea inițială a Asiguratului cu o afecțiune sau un grup de afecțiuni care impun efectuarea procedurilor definite în Anexa 2 “Lista de boli grave” . Pentru a fi acoperită prin asigurare diagnosticarea inițială trebuie să aibă loc pe durata perioadei de valabilitate a contractului de asigurare.

- Orice document medical care atestă diagnosticarea și încadrarea unei afecțiuni sau a unui grup de afecțiuni în Lista de boli grave.
 - Bilet ieșire din spital
 - Decont spital cheltuieli
 - Dovezi plata
-
- **Cheltuieli medicale din orice cauză** - Pentru riscul de cheltuieli medicale se acopera in limita sumei asigurate in valoare de 1.000 ron servicii medicale precum analize, investigatii, , inclusiv indemnizatie de nastere in valoare de 50 lei/zi (max 7 zile)
 - Documente medicale aferente consultatiilor medicale efectuate din care sa reiasa diagnosticul prezumtiv sau cert, rezultate investigatii medicale
 - Recomandare medicala in cazul investigatiilor efectuate: analize de sange, investigatii imagistice
 - Dovada de plată corelată cu data evenimentului (Bon fiscal si factura fiscala in care sa fie detaliate serviciile achitate)
 - Bilet de externare in cazul nasterilor
 - Copie fisa medicala medic familie din care sa reiasa istoricul medical complet, in cazul dependentilor. Condițiile preexistente nu sunt acoperite de Asigurare
 - Consultatiile/serviciile medicale efectuate in scop de screening, rutina si preventie unde nu este mentionat diagnosticul si nu se recomanda tratament NU vor fi acoperite