

CERERE SCHIMBARE BENEFICIAR

Număr poliță: _____

Datele contractantului:		<input type="checkbox"/> Persoană fizică	<input type="checkbox"/> Persoană juridică
Nume/Companie:			Prenume:
Reprezentant legal:			
Cetățenie:			Sex: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Locul nașterii:			Data nașterii:
Tipul documentului de identitate:	BI/CI <input type="checkbox"/> Pașaport <input type="checkbox"/>	Serie:	Număr:
emis de			CNP/NIF/CUI:
Nr. Înreg. Reg. Comerțului			
Localitate:	Cod poștal:	Județ/Sector:	
Strada:	Nr.	Bl.	Sc. Et. Ap.
Telefon:	E-mail:		
Banca:			
IBAN Euro:			

Persoana Asigurată		<input type="checkbox"/> 1. Asigurat	<input type="checkbox"/> 2. Asigurat
Nume:			Prenume:
Cetățenie:			Sex: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Locul nașterii:			Data nașterii:
Tipul documentului de identitate:	BI/CI <input type="checkbox"/> Pașaport <input type="checkbox"/>	Serie:	Număr:
CNP:			
Banca:			
IBAN:			
Localitate:	Cod poștal:	Județ/Sector:	
Strada:	Nr.	Bl.	Sc. Et. Ap.
Telefon:	E-mail:		

În calitate de Contractant și Asigurat ai poliței _____ – solicităm modificarea beneficiarului în conformitate cu cele de mai sus:

Noul Beneficiar la deces:		_____ %	<input type="checkbox"/> Persoană fizică	<input type="checkbox"/> Persoană juridică
Nume/Companie:			Prenume:	
Reprezentant legal:				
Cetățenie:			Sex: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Locul nașterii:			Data nașterii:	
Tipul documentului de identitate:	BI/CI <input type="checkbox"/> Pașaport <input type="checkbox"/>	Serie:	Număr:	
emis de			CNP/NIF/CUI:	
Nr. Înreg. Reg. Comerțului				
Localitate:	Cod poștal:	Județ/Sector:		
Strada:	Nr.	Bl.	Sc. Et. Ap.	
Telefon:	E-mail:			
Banca:				
IBAN Euro:				

În calitate de Contractant și Asigurat ai poliței _____ – declarăm că informațiile completate în acest document sunt corecte și adevărate.

Data (zz-ll-aaaa): _____

Semnătura Contractantului

Semnătura Asiguratului 1

Semnătura Asiguratului 2