

CERERE DE PLATĂ A INDEMINIZAȚIEI DE ASIGURARE

Polița de asigurare № _____

1. Nume și prenume asigurat _____
2. Data nașterii, IDNP _____
3. Domiciliul/ Sediul _____
4. Reședința/ Adresă _____
5. Telefon: _____ mail _____
6. Data evenimentului, de la _____ până la _____

Faptul evenimentului este confirmat prin următoarele acte, care se anexează:

- copia poliței de asigurare;
- copia actului de identitate al asiguratului;
- copia/original extrasului medical (fișa medicală);
- copia/original rețetei medicale (nr. __);
- original bon fiscal (nr. __)

Alte acte în original sau copii:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

7. Indicați numele Beneficiarului indemnizației de asigurare: _____

8. Suma solicitată spre plată: _____

Achitarea indemnizației de asigurare: numerar transfer bancar

Datele bancare (de completat în cazul transferului bancar):

Cod IBAN: _____

Codul băncii: _____

9. Solicit corespondența referitor la cererea dată să fie trimisă la adresa electronică indicată mai sus

DA / NU

Data _____

Semnătura solicitantului