

CERERE DE PLATĂ A INDEMINIZAȚIEI DE ASIGURARE

Polița de asigurare № _____

1. Nume și prenume/ Denumire beneficiar _____
2. IDNP/ IDNO _____
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 Beneficiarul efectiv*: _____

8. Ați fost sau sunteți subiect al investigațiilor organelor de drept:

DA / NU , - Dacă DA, atunci scriți detalii _____

9. Ați fost sau sunteți Persoană Expusă Politic**, membru de familie sau persoana asociată acestuia;

DA / NU , - Dacă DA, atunci scriți Funcția/statutul deținut: _____

****Lista funcțiilor considerate expuse politic o găsiți aici:**

http://spsb.gov.md/storage/legislation/National/RO_Ordin_17.pdf.

10. Suma solicitată spre plată: _____

Achitarea indemnizației de asigurare: numerar transfer bancar

Datele bancare (de completat în cazul transferului bancar):

Cod IBAN: _____

Codul băncii: _____

Data _____

Semnătura beneficiarului/reprezentantului

**beneficiar efectiv* – persoană fizică ce deține sau controlează în ultimă instanță o persoană fizică sau juridică ori beneficiar al unei societăți de investiții sau administrator al societății de investiții, ori persoană în al cărei nume se desfășoară o activitate sau se realizează o tranzacție și/sau care deține, direct sau indirect, dreptul de proprietate sau controlul asupra a cel puțin 25% din acțiuni sau din dreptul de vot al persoanei juridice ori asupra bunurilor aflate în administrare fiduciară;