

## CERERE DE PLATĂ A INDEMINIZAȚIEI DE ASIGURARE

**Polița de asigurare №** \_\_\_\_\_

1. Nume prenume/ Denumire beneficiar \_\_\_\_\_
2. IDNP /IDNO \_\_\_\_\_
3. Data nașterii \_\_\_\_\_
4. Domiciliul/sediul \_\_\_\_\_
5. Reședința/adresă \_\_\_\_\_
6. Telefon: \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_
7. Data evenimentului \_\_\_\_\_ țara \_\_\_\_\_
8. Eveniment (bifați):  maladie  accident  deces
9. V-ați adresat la Biroul de Asistență (MONDIAL Assistance)?  DA, data \_\_\_\_\_  NU

Anexez următoarele acte:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

### Descrierea cazului (circumstanțe)

---

---

---

---

---

10. Indicați numele Beneficiarul indemnizației de asigurare : \_\_\_\_\_

Suma solicitată spre plată: \_\_\_\_\_ (indicați valuta)

Vă rog sa efectuați plata:  asiguratului  reprezentantului legal  
 instituției medicale  altele (indicați)

Achitarea indemnizației de asigurare:  numerar  transfer bancar

Datele bancare (de completat în cazul transferului bancar):

Cod IBAN: \_\_\_\_\_  
Codul băncii: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura solicitantului