



## CERERE PENTRU REACTIVAREA POLIȚEI DE ASIGURARE

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:											

Subsemnatul, în calitate de Contractant al Poliței de Asigurare de Viață cu numărul \_\_\_\_\_, declar că doresc reactivarea poliței mele de asigurare.

Prin atașarea formularului de plată și chitanței atest că la data de \_\_\_\_\_ am achitat contravaloarea tuturor primelor eșalonate scadente dar neplătite.

Datele Asiguratului 1:											
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:					
emis de						CNP/NIF:					
Localitate:						Cod poștal:			Județ/Sector:		
Strada:				Nr.		Bl.		Sc.		Et. Ap.	
Telefon:						E-mail:					

Datele Asiguratului 2:											
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:					
emis de						CNP/NIF:					
Localitate:						Cod poștal:			Județ/Sector:		
Strada:				Nr.		Bl.		Sc.		Et. Ap.	
Telefon:						E-mail:					

Subsemnatul – în calitate de Asigurat al Poliței de Asigurare de Viață cu numărul \_\_\_\_\_ declar că de la momentul anulării poliței de asigurare și până la reactivarea ei nu s-a produs niciun eveniment asigurat.

Subsemnații declarăm că toate informațiile menționate în acest formular sunt complete și corecte și suntem de acord ca acestea să reprezinte baza contractului de asigurare. În cazul în care aceste informații sunt incorecte, suntem de acord cu refuzul companiei de asigurări.

Data (zz-ll-aaaa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura Contractantului

\_\_\_\_\_  
Semnătura Asiguratului 1

\_\_\_\_\_  
Semnătura Asiguratului 2