

**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 jos:

Noul Beneficiar la deces: <input type="text"/> % <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