

CERERE DE PLATĂ A INDEMINIZAȚIEI DE ASIGURARE

Polița de asigurare № _____

1. Nume prenume/ Denumire beneficiar _____
2. IDNP/IDNO _____
3. Data/locul nașterii _____
4. Domiciliul/Sediul _____
5. Reședința/ Adresa _____
6. Telefon: _____ mail _____
7. Data evenimentului (accidentului) _____

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

- copia poliței de asigurare și contractului;
- copia actului de identitate al asiguratului accidentat;
- copia/original extrasului medical (fișa medicală, radiografii).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Descrierea cazului (circumstanțe)

8. Indicați numele Beneficiarul efectiv*: _____
9. Ați fost sau sunteți subiect al investigațiilor organelor de drept:
DA / NU , -Dacă DA, atunci scriți detalii _____
10. 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.

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;