

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