

CERERE DE PLATĂ A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

(Vă rugăm să acordați atenție fiecărui punct și să furnizați toate informațiile solicitate.)

Polița de asigurare № _____

1. Nume, prenume asigurat _____
2. Data nașterii, IDNP _____
3. Adresă domiciliu _____
4. Telefon: _____ mail _____
5. Data evenimentului, de la _____ până la _____

6. Faptul evenimentului este confirmat prin următoarele acte, care se anexează:

- ☐ copia poliței de asigurare;
- ☐ copia raportului medical (extrasul medical/fișa medicală);
- ☐ original bon fiscal (__ unități)

Alte acte în original sau copii:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

7. Indicați numele Beneficiarului indemnizației de asigurare: _____

Data nașterii _____

IDNP _____

8. Suma solicitată spre plată: _____

Achitarea indemnizației de asigurare: ☐ numerar ☐ transfer bancar

Datele bancare a Beneficiarului indemnizației de asigurare (de completat în cazul transferului bancar):

BIC/SWIFT: _____ Valuta contului MDL

IBAN: _____

9. Solicit corespondența referitor la cererea dată să fie trimisă la adresa electronică indicată mai sus

DA ☐ / NU ☐

Data _____

Semnătura solicitantului

*Datele au fost verificate,
confirm corectitudinea acestora* _____