

Notificarea Evenimentului Asigurat

A. DETALII DESPRE CREDIT ȘI PERSOANA ASIGURATĂ

Numărul Contractului de Credit *	
Nume și prenume *	
CNP *	
Adresa	
Număr telefon *	
E-mail	

B. DETALII DESPRE PERSOANA DE CONTACT (în cazul decesului)

Nume și prenume *	
Relația cu Persoana Asigurată *	
CNP *	
Adresa*	
Număr telefon *	
E-mail	

Evenimentul asigurat *	<input type="checkbox"/> Deces <input type="checkbox"/> Invaliditate Totală și Permanentă <input type="checkbox"/> Incapacitate Temporară de Muncă <input type="checkbox"/> Pierderea Involuntară a Locului de Muncă
Data producerii Evenimentului Asigurat *	
Data notificării Evenimentului Asigurat *	

Notă: Informațiile marcate cu *) sunt obligatorii

C. DECLARAȚIE

Subsemnatul mai sus menționat declar că toate informațiile furnizate în prezentul document sunt adevărate, corecte și complete după cunoștința mea. Sunt conștient de faptul că în cazul în care se constată că acestea sunt false, incorecte sau incomplete, Asiguratorul are dreptul de ajusta sau refuza plata indemnizației de asigurare.

În cazul Incapacității Tempore de Muncă voi transmite o notificare scrisă către Asigurator referitoare la data recuperării capacității de muncă și revenirii la locul de muncă, în conformitate cu Articolul 8.4 din Extrasul din Condițiile de Asigurare.

În cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă voi transmite o notificare scrisă către Asigurator referitoare la data încetării șomajului și începerii unui nou raport de muncă, în conformitate cu Articolul 8.4 din Extrasul din Condițiile de Asigurare.

Numele în clar: _____
Data: _____

Semnătura: _____