

DECLARAȚIE - PIERDEREA POLIȚEI DE ASIGURARE

Date de identificare Contractant:

Nume și Prenume:		<input type="text"/>	
B.I./C.I.:	seria:	nr.:	CNP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domiciliul	localitatea:	Str.	nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	bl.	sc.	ap.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	sector/ județ	<input type="text"/>	
Telefon:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>

Declar pe propria răspundere că am pierdut polița de asigurare:

Nr.:	<input type="text"/>
------	----------------------

Declar nul exemplarul pierdut și după ce voi primi suma ce mi se cuvine (dacă este cazul) în condițiile prezentei cereri mă consider integral despăgubit/ă și nu voi mai avea nici o pretenție de despăgubire de la S.C. BCR Asigurări de Viață S.A. Vienna Insurance Group.

Fac prezenta declarație cunoscând incidentele articolelor 292 și 293 din Codul Penal privind falsul în declarații și identitatea persoanei.

Documente ce trebuie anexate prezentei cereri:

Copie C.I. Contractant / Certificatul de Înregistrare de la Registrul Comerțului Contractant

Data:	<input type="text"/>	Semnătura:	<input type="text"/>
-------	----------------------	------------	----------------------