

CERERE DE REZILIERE A POLIȚEI DE ASIGURARE

A. Date de identificare Contractant:

Nume și prenume:							
B.I./C.I.:	seria:	nr.:	CNP:				
Domiciliul	localitatea:		Str.	nr.			
			bl.	sc.	ap.	sector/ județ	
Telefon:			Email:				

B. Date de identificare Asigurat:

Asigurat 1 Nume și prenume:							
B.I./C.I.:	seria:	nr.:	CNP:				
Asigurat 2 Nume și prenume:							
B.I./C.I.:	seria:	nr.:	CNP:				

Solicit rezilierea poliței de asigurare nr. _____

Motivul rezilierii: _____

Declar prin prezenta în nume propriu că nu voi mai avea nicio pretenție de despăgubire pentru această poliță de la S.C. BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A.

Documente ce trebuie anexate prezentei cereri:

1. copie B.I./C.I. Contractant.

Data semnării formularului:	Semnătura Contractant:
	Semnătura persoană Asigurată 1:
	Semnătura persoană Asigurată 2: