



T: (+ 40) 31 423 00 80; F: (+ 40) 31 418 40 84



www.eurolife-asigurari.ro



asigurari@eurolife-asigurari.ro

Formular pentru modificări ale contractului de asigurare

Prezenta solicitare nu constituie oferta de contractare și nici nu va putea fi interpretată ca atare. Aceasta reprezintă consimțământul clar și liber exprimat pentru modificarea clauzelor de asigurare ca urmare a celor de mai jos. Aceasta solicitare, semnată de către toate părțile, va reprezenta Act Adicional la Certificatul de Asigurare. Toate celelalte clauze, mai puțin cele afectate de prezenta cerere, sunt și vor rămâne în vigoare, așa cum au fost agreate și semnate

I. Datele de identificare ale contractului de asigurare:

Se completează informațiile de mai jos indiferent de modificarea solicitată

Numar polita:	
Asigurat:	
Contractant:	
CNP/CUI Contractant:	
Telefon Contractant:	

Se completează informațiile doar în secțiunea aferentă modificării dorite

*Majorarea sumei asigurate la valoarea de:	<input type="checkbox"/>
*Reducerea sumei asigurate la valoarea de: (reducerea sumei asigurate va intra în vigoare la data reînnoirii politei)	<input type="checkbox"/>
*Modificarea frecvenței de plată (se va verifica dacă produsul permite frecvența solicitată). (modificarea frecvenței va intra în vigoare la data reînnoirii politei)	<input type="checkbox"/> lunara <input type="checkbox"/> trimestriala <input type="checkbox"/> semestriala <input type="checkbox"/> anuală
Completarea adresei imobilului/individualizarea imobilului (CAD/CF/parcelsa/tarla/sola):	<input type="checkbox"/>
*Modificare cesiune/beneficiar:	<input type="checkbox"/>
Modificare cont atasat asigurării: IBAN _____ In cazul modificării contului bancar va rugăm atasati un extras de cont	<input type="checkbox"/>
Mandatez Eurolife FFH Asigurari sa imi debiteze contul mentionat mai sus cu contravaloarea primelor de asigurare, la scadentele prevazute in Certificatul de asigurare sau orice alte acte aditionale incheiate ulterior.	

II. Polite cesionate (Se completeaza de catre unitatea bancara pentru politele cesionate)

S.C. _____ S.A. – Sucursala/Agentia _____, in calitate de beneficiar al despagubirilor ce decurg din Contractul de asigurare mentionat la Sectiunea 1 a prezentei solicitari, va rugam sa efectuati modificarea politiei conform solicitarii din Sectiunea 1.

Data: ____/____/____

Reprezentant banca (nume in clar):

In calitate de:

Semnatura:

**Modificarile pot fi operate in limita prevederile contractuale*

III. Mentiiuni (se completeaza de Eurolife FFH Asigurari)

Contractul de asigurare nr. _____
 nu poate fi modificat conform solicitarii deoarece _____
 va fi modificat incepand cu data de ____/____/____ conform solicitarii clientului
 va fi modificata incepand cu data de ____/____/____ dupa cum urmeaza:
• Noua Suma asigurata: _____
• Prima de asigurare anuala: _____
• Prima de asigurare se va plati in rate egale in valoare de _____, moneda _____, cu frecventa solicitata in Sectiunea 1.
• Suma suplimentara de plata: _____, moneda _____ se va vira in contul Eurolife FFH Asigurari.

IV. Conturi Asigurator

Eurolife FFH Asigurari de Viata		Eurolife FFH Asigurari Generale	
Cont IBAN	Moneda	Cont IBA	Moneda
<input type="checkbox"/> RO85BTRLRONCRT0PA562950B	RON	<input type="checkbox"/> RO92BTRLRONCRT0PA4110303	RON
<input type="checkbox"/> RO56BTRLEURCRT0PA5629502	EUR	<input type="checkbox"/> RO66BTRLEURCRT0PA4110302	EUR
<input type="checkbox"/> RO90BTRLCHF CRT0PA5629502	CHF	<input type="checkbox"/> RO03BTRLCHF CRT0PA4110302	CHF
<input type="checkbox"/> RO95BTRLUSD CRT0PA5629501	USD	<input type="checkbox"/> RO78BTRLUSD CRT0PA4110302	USD

V. Introducerea / Schimbarea beneficiarilor / procentului alocat initial (in cazul produsului „Perspective pentru Viitor”)

Vă rugam sa precizați numele noilor beneficiari. Procentul din beneficiu se exprima fără zecimale, iar în cazul mai multor beneficiari suma procentelor trebuie sa fie 100.

1. Nume Prenume:		CNP:	
Procent:	%	Relatia cu asiguratul:	
2. Nume Prenume:		CNP:	
Procent:	%	Relatia cu asiguratul:	
3. Nume Prenume:		CNP:	
Procent:	%	Relatia cu asiguratul:	
4. Nume Prenume:		CNP:	
Procent:	%	Relatia cu asiguratul:	
5. Nume Prenume:		CNP:	

București: str. Vasile Lascăr nr. 31 – Lascăr 31 Business Center
Etaj 10 și 11, sector 2, 020492

EUROLIFE FFH

A FAIRFAX Company

Visează. Evoluează. Asigură.



T: (+ 40) 31 423 00 80; F: (+ 40) 31 418 40 84



www.eurolife-asigurari.ro



asigurari@eurolife-asigurari.ro

Procent:		%	Relatia cu asiguratul:	
----------	--	---	------------------------	--

Data semnarii	Semnatura Contractant / Asigurat	Denumire Sucursala/Agentie bancara	Semnatura reprezentant banca	Semnatura Asigurator