

CERERE
de modificare a contractului de asigurare de viață cu componentă de investiții MaxInvest

Agencia Asirom: _____
Înregistrată sub nr: _____ din data ____/____/____

POLIȚA NR: | | | | | | | | | | | | | | | |

CONTRACTANT:

Nume, Prenume / Denumirea societății: _____ CNP / CUI: | | | | | | | | | | | | | | | | BI/CI: seria: | | | nr. | | | | |
| | | | |, cu domiciliul/reședința în strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____
Localitatea: _____, Județ / Sector: _____, prin prezenta solicit aprobarea:

ASIGURAT (se va completa doar dacă Asiguratul este diferit de Contractant):

Nume, Prenume _____ CNP | | | | | | | | | | | | | | | | BI/CI: seria: | | | nr. | | | | |
| | | | |, cu domiciliul/reședința în strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____
Localitatea: _____, Județ / Sector: _____, prin prezenta solicit aprobarea:

☐ **Reactivarea contractului cu plată integrală**, urmând să achit valoarea ratelor restante, inclusiv luna în curs, un total în valoare de _____

A. Modificări care se pot efectua pe întreaga durată a contractului *):

- ☐ **Actualizarea datelor de contact:** Adresa: _____ Telefon/Mobil: | | | | | | | | | | | | | | | |
E-mail:@.....
- ☐ **Schimbarea numelui Asiguratului:** _____
- ☐ **Înlocuirea beneficiarului în caz de expirare (în caz de modificare a beneficiarilor se va atașa formularul GDPR)**):**
1. Nume / Prenume _____ CNP: | | | | | | | | | | | | | | | |, având _____ % din drepturile din asigurare.
2. Nume / Prenume _____ CNP: | | | | | | | | | | | | | | | |, având _____ % din drepturile din asigurare.
- ☐ **Înlocuirea beneficiarului în caz de deces **):**
1. Nume / Prenume _____ CNP: | | | | | | | | | | | | | | | |, având _____ % din drepturile din asigurare.
2. Nume / Prenume _____ CNP: | | | | | | | | | | | | | | | |, având _____ % din drepturile din asigurare.
- ☐ **Plată de prime adiționale în valoare de** Atașez dovada achitării primelor, în contul Asirom.
- ☐ **Modificarea Proporției de alocare a primelor de asigurare:** Componenta garantată: _____ % / Componenta de investire: _____ %.
- ☐ **Realocarea din** ☐ Componenta garantată în Componenta de investire suma de: _____ Lei
☐ Componenta de investire în Componenta garantată suma de: _____ Lei
- ☐ **Răscumpărare parțială din**):** ☐ Componenta garantată, suma de: _____ Lei, din primele eşalonate ☐ Prime adiționale ☐
☐ Componenta de investiție, suma de: _____ Lei, din primele eşalonate ☐ Prime adiționale ☐
- ☐ **Eliberarea de la plata primelor ***).** Se poate solicita doar după ce au fost achitate primele aferente primilor doi ani de contract.
- ☐ **Răscumpărarea totală a contractului ***).** Se poate solicita doar după ce au fost achitate primele aferente primilor doi ani de contract.

B. Modificări care se pot efectua doar cu cel puțin 60 zile înainte de aniversarea contractului:

- ☐ **Modificarea frecvenței de plată în:** Anual ☐ Semestrial ☐ Trimestrial ☐ Lunar ☐ (cu 60 zile înainte de aniversare)
- ☐ **Protecție împotriva inflației:** _____ % (cu 60 zile înainte de aniversare)
- ☐ **Modificarea primei de asigurare eşalonate, la valoarea de** _____ Lei. Vezi Oferta de asigurare pentru valoarea minimă.
- ☐ **Modificarea Sumei asigurate garantate la deces, la suma de** _____ Lei.

☐ Modificarea Sumelor asigurate:

- pentru acoperirea de Bază Deces din orice cauză: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea de Deces din accident: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea de Invaliditate permanentă din accident: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea de Invaliditate permanentă din boală: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea de Fracturi, entorse și luxații din accident: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea de Arsuri din accident: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea Spitalizare din accident, indemnizația zilnică se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea Spitalizare din boală, indemnizația zilnică se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea Convalescență din accident, indemnizația zilnică se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea Convalescență din boală, indemnizația zilnică se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea Intervenții chirurgicale din accident: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea Intervenții chirurgicale din boală: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei
- pentru acoperirea de Boli grave: suma asigurată se modifică la valoarea: _____Lei

Suma cuvenită din asigurare doresc să fie virată astfel (bifați varianta aleasă):

- ☐ în contul aferent cardului SIMPLU BCR IBAN nr. |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
- ☐ la casieria BCR, prin serviciul CASH BCR;
- ☐ în contul subsemnatului, IBAN nr. |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Începând cu următoarea aniversare, respectiv, de la data de ____ / ____ / ____

☐ Altele

Atasez prezentei cereri următoarele documente :

*) este obligatoriu să fie anexată copie după CI a Asiguratului, valabilă la data cererii.

****)** este obligatoriu să fie anexate copii după CI a Beneficiarilor, valabile la data cererii.

***) se vor aplica procentele de penalitate înscrise în oferta de asigurare

Datele cu caracter personal, definite conform legii, comunicate asiguratorului de către contractant și / sau asigurat, vor fi prelucrate de către Asirom, cu respectarea prevederilor legale pentru protecția persoanelor fizice cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal sa fie utilizate de Asirom în scopul de a mă informa cu privire la oferte de asigurare, promoții sau noi produse de asigurare.

Contractant

☐ DA, SUNT DE ACORD☐ NU, NU SUNT DE ACORD

Asiqurat

☐ DA, SUNT DE ACORD☐ **NU, NU SUNT DE ACORD**

Data: / /

Semnătura asigurat: _____

Semnătura contractant: