

## Cerere de modificare a Politei de asigurare privată de deces cu plata indemnizației în “24 ore”

<b>I. Vă rugăm să completați doar secțiunea/ secțiunile de mai jos care modifică Polița de asigurare numărul:</b>				
<b>Subsemnatul:</b>				
în calitate de <b>contractant</b> <input type="checkbox"/> <b>asigurat</b> <input type="checkbox"/> , solicit modificarea Contractului de asigurare, conform celor ce urmează:				
<input type="checkbox"/> <b>Schimbarea beneficiarului*) în caz de deces. Noul beneficiar este:</b>				
Numele și prenumele	C.N.P.	Date de contact (nr.tel., e-mail)	Relația cu Asiguratul	Procent din suma asigurată la deces
				100%
*) Schimbarea beneficiarului în caz de deces, se va face cu acordul ambelor părți, contractant și asigurat				
<input type="checkbox"/> <b>Frecvența de plată**:</b> din <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> semestrial <input type="checkbox"/> trimestrial în <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> semestrial <input type="checkbox"/> trimestrial				
**) Modificarea frecvenței este considerată valabilă începând cu următoarea aniversare a Contractului				
<input type="checkbox"/> <b>Transferarea drepturilor și a obligațiilor către un alt Contractant</b>				
Noul Contractant va fi*** (Nume și prenume):				
C.N.P.:				

\*\*\* Atașați copia cărții de identitate în vigoare pentru persoana/persoanele la care se solicită modificarea

<input type="checkbox"/> <b>Modificarea numelui*** Asiguratului</b> <input type="checkbox"/> , <b>Contractantului</b> <input type="checkbox"/> , <b>Beneficiarului</b> <input type="checkbox"/>	
Nume inițial:	
Nume actual:	
Motivul modificării:	

\*\*\* Atașați copia cărții de identitate în vigoare pentru persoana/persoanele la care se solicită modificarea

### II. Va rugăm să vă actualizați următoarele date:

Noua adresă de corespondență este:

Stradă:	nr.:	bl.:	sc.:	ap.:
Localitate:	Judet/Sector:			
Telefon:	E-mail:			

**Alte solicitări:**

Subsemnatul declar cu reponsabilitate că:

- declarațiile mele de mai sus sunt complete, exacte și reale
- sunt de acord cu editarea noii forme a Politei de asigurare în forma modificată conform solicitării mele, document care imi va fi transmis ulterior.

Polița de asigurare anterioară modificărilor devine nulă.

Prin semnarea acestei cereri confirm că anterior furnizării datelor mele personale, am luat cunoștință de Nota de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal a Groupama Asigurări SA., care se regăsește pe site-ul Groupama Asigurări la adresa <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>.

Prezenta Cerere de modificare va fi transmisă scanat, la adresa [avizare24ore@groupama.ro](mailto:avizare24ore@groupama.ro)

Data semnării:

**Semnătura ASIGURAT**

(nume, prenume, semnătură)

**Semnătura CONTRACTANT inițial**

(nume, prenume, semnătură)

**Semnătura CONTRACTANT nou**

(nume, prenume, semnătură)

**Semnătură REPREZENTANT VÂNZĂRI** (opțional, dacă modificarea se face în prezența sa)

(nume, prenume, semnătură)