

## Cerere de modificare în orice moment a contractului de asigurare de viață/sănătate individuale și de familie

Completați numai ce se modifică la Contractul de asigurare, numărul: _____				
<b>Subsemnatul:</b>				
<b>Contractant</b> , solicit modificarea Contractului de asigurare, conform celor ce urmează:				
<input type="checkbox"/> <b>Schimbarea beneficiarilor în caz de deces*. Noii beneficiari sunt:</b>				
Numele și prenumele	C.N.P./C.U.I.	Date de contact (nr.tel., e-mail sau fax)	Relația cu Asiguratul	Procent din suma asigurată la deces
				Total 100%
<input type="checkbox"/> <b>transferarea drepturilor și a obligațiilor către un alt Contractant</b>				
Vă rugăm să ne specificați relația dintre Asigurat și noul Contractant**				
Noul Contractant va fi*** (Nume și prenume):				
C.N.P./ C.U.I.:		Ocupația:		
C.N.P./ C.U.I.:		Cod CAEN*** (pentru persoanele juridice):		
<input type="checkbox"/> <b>schimbarea numelui Asiguratului, Contractantului (se va atașa copie după un document oficial)</b>				
Nume inițial:				
Nume actual:				
Motivul modificării:				
<b>Va rugăm să vă actualizați următoarele date:</b>				
Noua adresă de corespondență este*:				
Stradă:	nr.:	bl.:	sc.:	ap.:
Localitate:	Județ/Sector:			
Telefon:	E-mail:			
<b>Alte solicitări (inclusiv modificarea de frecvență de plată și ocupație****):</b>				

\*Atașați copie a cărții de identitate în vigoare conform modificării dorite.

\*\* Atașați copia cărții de identitate în vigoare pentru Contractant persoană fizică sau copie după certificatul de înregistrare al firmei pentru Contractant persoană juridică (după caz, în funcție de noul Contractant al poliței).

\*\*\*În cazul în care Codul CAEN este unul dintre următoarele: 6420, 6810, 6820, 7010, 7740, 9420, 9491, 9492, 9499, 9609, 9700, 9820, vă rugăm să completați Formularul de cunoaștere a persoanelor care dețin controlul. Instituțiile financiare cu Codul CAEN dintre următoarele: 6419, 6430, 6499, 6511, 6512, 6520, 6530, 6611, 6612, 6619, 6630, vor completa Formularul W-8.

\*\*\*\* Modificarea de frecvență și/sau ocupație se va aplica doar la aniversarea anuală.

Subsemnatul, sunt de acord cu editarea noii forme a Contractului de asigurare în forma modificată conform solicitării mele.  
Contractul anterior modificărilor devine nul.

Prin semnarea acestui formular confirm că anterior furnizării datelor mele personale, am luat cunoștință de Nota de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal a Groupama Asigurări S.A. și despre faptul că pot consulta oricând cea mai recentă versiune a documentului pe site-ul companiei, accesând <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>

Declar că informațiile de mai sus sunt complete și reale atât pentru mine, cât și pentru eventualele persoane dependente. Am luat la cunoștință faptul că orice omisiune sau denaturare a informațiilor esențiale în evaluarea prezentei Cereri poate conduce la reducerea sau refuzul acordării indemnizației de asigurare și că oricare dintre declarațiile mele reprezintă bază și parte a Contractului care va fi redactat.

În cazul în care detaliile Contractului de asigurare sunt modificate în raport cu prezenta Cerere de modificare, sunt de acord să mi se aducă la cunoștință toate modificările operate, iar prin semnarea prezentei Cereri, accept noua sa formă.

**Confirm că prezenta Cerere de modificare în orice moment a contractului de asigurare a fost completată și semnată în prezența mea.**

Semnatarii prezentului document declară că fiecare dintre ei are dreptul și deplina capacitate legală, precum și toate autorizațiile și/sau împuternicirile necesare în conformitate cu legislația în vigoare, actul constitutiv și/sau cu procedurile interne ale entității pe care o reprezintă pentru semnarea prezentului document (inclusiv documentele și declarațiile precontractuale, cum ar fi: DNT, cerere de asigurare, oferta de asigurare, după caz), în mod valabil, pentru și în numele entității pe care o reprezintă și de a angaja legal respectiva entitate, fără restricții în acest scop.

Data semnării:	
<b>ASIGURAT<sup>1</sup></b>  (nume/prenume, semnătură)	<b>ACORDUL PĂRINȚILOR / AL TUTORELUI / AL CURATORULUI<sup>2</sup></b>  (nume/prenume, semnătură, relația cu asiguratul)
<b>Semnătura CONTRACTANT inițial/reprezentant CONTRACTANT persoană juridică</b>  (nume/prenume, semnătură)	<b>Semnătura CONTRACTANT nou<sup>3</sup></b>  (nume/prenume, semnătură și ștampilă *)

\*pentru Contractant PJ: dacă nu există ștampilă, se va atașa prezentului formular Extras de la registrul Comerțului care să cuprindă numele reprezentanților legali ai Contractantului

<b>REPREZENTANT VÂNZĂRI/ BROKER</b>  (nume/prenume/ denumire Broker, semnătură)
---

1. Dacă are cel puțin 14 ani împliniți.

2. Dacă aceștia nu sunt Contractanți la Asigurarea de viață cu economisire pentru copii sau dacă există persoane dependente minore (pct.1) la Asigurarea de protecție în caz de deces sau la Asigurarea Mixtă de viață.

3. Nu se modifică Contractantul/Contractanții la contractele de tip Asigurare de viață cu economisire pentru copii Premium.