

Solicitare modificare asigurări suplimentare

 Adăugare

 Reziliere

Contractant asigurare:	
Nume/Denumire:	CNP/CUI:

Nr. contract asigurare:		Scadență principală:	
Primă asigurare totală actuală:			
Tip asigurare suplimentară solicitată:	Suma asigurată:	Prima de asigurare:	
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de deces			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de deces din accident			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de deces din accident de circulație			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de invaliditate permanentă din accident 2%			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de invaliditate permanentă din accident 30%			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de invaliditate permanentă din accident 50%			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de fracturi/arsuri			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de spitalizare din accident			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de spitalizare din orice cauză			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de intervenții chirurgicale din orice cauză			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară în caz de diagnosticare cu o afecțiune medicală gravă			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară de exonerare de la plata primelor în caz de invaliditate permanentă din accident 50%			
<input type="checkbox"/> asigurare suplimentară de exonerare de la plata primelor în caz de incapacitate de muncă			
Primă asigurare totală:			

Prin prezenta, solicit modificarea asigurărilor suplimentare mai sus menționate, cu modificarea primei de asigurare anuale la valoarea precizată, începând cu data următoarei scadențe principale a contractului.

Contractant:

Data: