

Asigurarea facultativă a animalelor de companie

CERERE / DECLARAȚIE DE ASIGURARE



Anexă la Polița de Asigurare seria _____ nr. _____

1. Solicitant:

persoană fizică persoană juridică

Numele, prenumele / Denumirea	CNP / CUI	
-------------------------------	--------------	--

Domiciliul / Sediul Asiguratului	Strada		Nr.		Bloc		Etaj		Scara		Apart.	
	Localitatea		Județ / Sector		Cod poștal							
	Țara		Domeniul de activitate:									

Telefon: Fax: E-mail:

Informații suplimentare persoane juridice (se completează numai dacă Asiguratul este persoană juridică):

Seria certificatului de înregistrare la Oficiul Național al Registrului Comerțului		Numarul certificatului		Data certificatului	
--	--	------------------------	--	---------------------	--

Tip companie: capital de stat capital mixt institutie publica multinationala
 capital privat mixt capital privat strain

Persoane care potrivit actelor constitutive și/sau hotărârii organelor statutare sunt investite în competența de a conduce și reprezenta entitatea:

Numele și prenumele	CNP	Funcția

Informații suplimentare persoane fizice (se completează numai dacă Asiguratul este persoană fizică):

Serie BI/CI		Nr. BI/CI		Data eliberării		Entitatea emitentă	
Locul nașterii		Data nașterii		Cetățenie		Naționalitate	

rezident nerezident

Asiguratul persoană fizică detine o functie publica? Nu Da Daca da, precizati _____

Ocupatia _____ Domeniul de activitate _____ Denumire angajator _____

2. Solicitantul are calitatea de

asigurat contractant

3. Perioada asigurată: _____ luni, de la:

Z	Z	L	L	A	A	A	A		

până la

Z	Z	L	L	A	A	A	A		

4. Locul/Adresa unde se află animalele de companie asigurate ce vor fi asigurate _____

5. Indicații tehnice:

Specie	Nr. capete	Rasa	Culoarea	Numele animalului	Data nașterii	Sexul	Tatuaj semne particulare

6. Asigurarea pentru pieire:

Numele animalului	Tatuaj semne particulare	Riscuri asigurate	Suma asigurată/cap	Lei/valuta
		Boli + accidente		

7. Asigurarea de sănătate:

Numele animalului	Tatuaj semne particulare	Riscuri asigurate: cheltuieli pentru	Suma asig/cap	Lei/valuta
		Intervenții chirurgicale		
		Tratamentul după Intervenții chirurgicale		

8. Animalul de companie are carnet de sănătate: Da Nu

9. Este vaccinat la zi: Da Nu

10. Numele și adresa veterinarului de la cabinetul de specialitate unde este tratat animalul de companie: _____

IMPORTANT: Datele din această cerere/declarație stau la baza acordului Asiguratorului de a încheia contractul de asigurare, iar solicitantul (Asiguratul) răspunde pentru realitatea și corectitudinea lor.

Declar că toate răspunsurile de mai sus sunt complete și adevărate și că am luat la cunoștință de condițiile de asigurare în baza cărora solicit să închei prezenta asigurare. Sunt de acord ca S.C. Asigurarea Românească - ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A. să prelucreze datele din această declarație de asigurare, inclusiv pe cele cu caracter personal (cum ar fi nume și prenume, numele și prenumele membrilor de familie, sexul, data și locul nașterii, datele din actele de stare civilă, datele din permisul de conducere/certificatul de înmatriculare, cod numeric personal, adresă, telefon/fax, e-mail, profesie, loc de muncă, date privind bunurile deținute, date bancare, imagine) în scopul serviciilor de asigurări și reasigurări. Categoriile de destinatari cărora le vor fi dezvăluite datele cu caracter personal pot fi: persoana vizată, reprezentanții legali ai persoanelor vizate, autoritățile publice centrale/locale, societăți de asigurare și reasigurare.

SOLICITANT,
Nume, prenume

Data _____

Calitatea
(proprietar, administrator, dir. general, etc.)

(semnătura și ștampila)