

Cerere de răscumpărare
pentru polița de asigurare nr. _____

Date de identificare Contractant

Nume, prenume: _____

Adresa de domiciliul: _____

CNP: _____ Tel: _____ e-mail: _____

Sunteți persoană impozabilă în Statele Unite ale Americii (SUA)? DA NU

Sunteți de acord ca datele dumneavoastră personale să fie transmise către ANAF? DA NU

Nr. de identificare fiscală în SUA: _____

Date de identificare Persoana Asigurata (dacă este diferită de Contractantul asigurării)

Nume, prenume: _____

Adresa de domiciliul: _____

CNP: _____ Tel: _____ e-mail: _____

Subsemnatul _____, în calitate de Contractant al poliței de asigurare nr. _____, solicit prin prezenta cerere răscumpărarea **totală** / **parțială** a poliței sus menționate și plata valorii de răscumpărare în contul bancar cu următoarele coordonate:

IBAN: _____

Cont deschis la banca _____

Titular cont: _____

Date de identificare Titular de Cont (dacă este diferit de Contractantul asigurării)

Nume, prenume: _____

Adresa de domiciliul: _____

CNP: _____ Tel: _____ e-mail: _____

Relația cu Contractantul asigurării _____

Sunteți persoană impozabilă în Statele Unite ale Americii (SUA)? DA NU

Sunteți de acord ca datele dumneavoastră personale să fie transmise către ANAF? DA NU

Nr. de identificare fiscală în SUA: _____

Semnătura Contractant

Semnătura Persoana Asigurată

Semnătura Titular de Cont

Certificare personală privind rezidența fiscală pentru persoane fizice

ERGO Asigurări de Viață S.A.
Șos. București-Ploiești, Nr. 1A,
Clădirea A, Etaj 4, Unitatea 4B,
Sector 1,
cod poștal 013681, București
Tel.: 031-224-86-00
Fax: 031-224-86-70

1. Date personale

Domnul/doamna

Prenume

Nume

--	--	--

Data nașterii

Locul nașterii

Țara

--	--	--

Strada, număr

--

Cod poștal

Oraș

Țara

--	--	--

2. Certificare personală în ceea ce privește domiciliul de rezidență fiscală

(Vă rugăm bifați căsuța corespunzătoare)

Sunteți rezident fiscal numai în România? da nu

Dacă nu: În ce țară aveți rezidența fiscală și care este numărul respectiv de identificare fiscală al contribuabilului?

(vă rugăm completați mai jos)

Domiciliul fiscal/ Țara

Număr de identificare fiscală al contribuabilului

--	--

--	--

--	--

3. Declarație

Declar că toate informațiile din această declarație sunt cele cunoscute de mine și cred, corecte și complete. Sunt de acord ca în termen de 30 de zile să depun o nouă declarație în cazul în care orice informație din acest certificat devine incorectă.

Locul, Data

Semnătura