

FORMULAR PENTRU MODIFICĂRI GENERALE
Date de identificare

Număr contract / Tipul contractului:	<input type="text"/>
Nume și prenume Persoană Asigurată:	<input type="text"/>
Numele Contractantului Asigurării:	<input type="text"/>

Schimbarea adresei de E-mail

Pentru:	<input type="checkbox"/> Persoana Asigurată	<input type="checkbox"/> Contractantul Asigurării
Adresa de E-mail:	<input type="text"/>	

Schimbarea numelui

Pentru:	<input type="checkbox"/> Persoana Asigurată	<input type="checkbox"/> Contractantul Asigurării*
Nume inițial:	<input type="text"/>	
Noul nume:	<input type="text"/>	
	Vechiul specimen de semnătură	Noul specimen de semnătură

*dacă se dorește schimbarea contractantului vă rugăm să ne trimiteți „Formularul pentru schimbarea contractantului - F03”

Vă rugăm atașați o copie după noua carte de identitate / decizia de divorț / certificat de căsătorie / certificat de înregistrare pentru persoane juridice

Schimbarea adresei reședinței permanente/sediului social al societății*

Pentru:	<input type="checkbox"/> Persoana Asigurată	<input type="checkbox"/> Contractantul Asigurării	<input type="checkbox"/> Beneficiari
Noua adresă:	<input type="text"/>		

*Vă rugăm atașați o copie după cartea de identitate / certificatul de înregistrare la Registrul Comerțului și completați noul număr de telefon la rubrica „Schimbarea numărului de telefon”

Schimbarea adresei pentru corespondență a contractantului (pentru persoane fizice)*

Noua adresă:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

* Modificarea se va aplica pentru toate polițele deținute de contractantul asigurării.

FORMULAR PENTRU MODIFICĂRI GENERALE
Schimbarea numărului de telefon

Pentru:	<input type="checkbox"/> Persoana Asigurată	<input type="checkbox"/> Contractantul Asigurării	
Noul număr de telefon:	Acasă	Serviciu	Mobil
	<input type="checkbox"/> Doresc să plătesc cu ajutorul cupoanelor pretipărite	<input type="checkbox"/> Doresc retipărirea poliței	

Cunosc drepturile ce-mi sunt conferite de Legea numărul 677/2001, inclusiv dreptul de acces, de intervenție și de opoziție și faptul că pot să le exercit printr-o cerere scrisă, semnată și datată, transmisă pe adresa societății, precum și faptul că datele declarate pot fi transferate în Belgia în scopul prevenirii fraudelor, în Polonia ca urmare a transferului informației și în Germania în scopul reasigurării.

Sunt de acord în mod explicit și neechivoc ca ING Asigurări de Viață S.A. să prelucreze, inclusiv prin mijloace automate și să comunice către alte entități ale Grupului ING datele cu caracter personal declarate în acest formular în următoarele scopuri: pentru a facilita desfășurarea activităților de **marketing direct**, precum și pentru a-mi fi oferite alte servicii financiare ale Grupului ING.

În cazul în care nu sunteți de acord cu acest paragraf, vă rugăm să bifați caseta NU.

Sunt de acord în mod expres și neechivoc ca ING Asigurări de Viață S.A. să îmi trimită corespondența contractuală prin intermediul poștei electronice (e-mail).

În cazul în care nu sunteți de acord cu acest paragraf, vă rugăm să bifați caseta NU.

Data semnării formularului:		Semnătura (și ștampila) Contractantului Asigurării	
Agenția/Broker			
Semnătura Agentului de Asigurare/Reprezentant Broker		Semnătura Persoanei Asigurate	