

**DECLARATIE**  
**IN CAZ DE DECES A BENEFICIARULUI**

Subsemnatul / a \_\_\_\_\_,  
in calitate de \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_  
cu domiciliul in loc. / com. \_\_\_\_\_,  
str. / sat. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_,  
ap. \_\_\_\_\_, judetul \_\_\_\_\_, nr telefon  
\_\_\_\_\_, prin prezenta ma oblig ca in caz de deces sa suport  
cheltuielile de inmormantare pentru dl. / dna. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, institutionalizat / a la C.I.A. /  
C.P.V. / L.P. \_\_\_\_\_.

Data

Semnatura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_