

F11**Formular pentru creșterea sumei asigurate, atașarea asigurațiilor suplimentare****1 Date de identificare**

Număr contract	<input type="text"/>	Tip produs	<input type="text"/>
Nume și prenume Persoană Asigurată	<input type="text"/>		
CNP Persoană Asigurată	<input type="text"/>		
Nume și prenume Contractant/Denumire (în cazul persoanelor juridice)	<input type="text"/>		
CNP/CIF Contractant	<input type="text"/>		

2 Modificări specifice contractelor unit linked

În cazul în care se dorește creșterea primei/sumei asigurate, este necesară completarea și trimiterea cererii de asigurare.

Asigurarea principală (cu excepția contractelor tip MENTOR) *În cazul contractelor de tip GenT, creșterea sumei asigurate este posibilă începând cu al doilea an contractual	<input type="radio"/> Creșterea sumei asigurate*	Noua sumă asigurată	<input type="text"/>	lei
	<input type="radio"/> Creșterea primei pentru asigurarea principală/pentru investiție (în cazul contractelor GenT)			
	Vă rugăm să precizați mai jos valoarea noii prime corespunzătoare frecvenței de plată (se va completa noua primă pentru asigurarea principală/pentru investiție sau noua primă totală, după preferință:			
	Noua primă pentru asigurarea principală/pentru investiție (conform frecvenței)	<input type="text"/>		lei
	Noua primă totală (conform frecvenței)	<input type="text"/>		lei
Agentul dumneavoastră de asigurare vă va informa asupra limitelor existente în cazul modificării primei și/sau sumei asigurate.				
	Venitul mediu lunar al contractantului persoană fizică/ Cifra de afaceri pentru persoane juridice	<input type="text"/>		lei

3 Modificări specifice contractelor tradiționale

- | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------|
| <input type="radio"/> Creșterea sumei asigurate în caz de deces (numai pentru cererile de tip Regal semnate începând cu data de 01.08.2004) | Noua sumă asigurată | <input type="text"/> | lei |
| <input type="radio"/> Atașare Asigurare suplimentară de Deces din Orice Cauză (FTR) | Durata (ani) | <input type="text"/> | Suma asigurată |
| <input type="radio"/> Atașare Opțiune suplimentară de Mărire Garantată a Sumei Asigurate (GIO) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | lei |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | lei |

NN Asigurări de Viață S.A.

Str. Costache Negri nr. 1-5,
Sector 5, 050552 București, România

T +40 21 9464
T +40 21 402 85 80
F + 40 21 402 85 81

www.nn.ro
asigurari@nn.ro
pensii@nn.ro

4 Creșterea sumei asigurate (pentru asigurări suplimentare deja atașate)

		Noua sumă asigurată
	<input type="radio"/> Asigurarea pentru incapacitate de muncă cauzată de o invaliditate (IWD0)	_____ lei
Asigurări suplimentare de accident	<input type="radio"/> Deces din accident (ADR)	_____ lei
	<input type="radio"/> Invaliditate permanentă din accident (PDR0)	_____ lei
Asigurări suplimentare pentru afecțiuni grave/ cancer	<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară pentru Afecțiuni Grave (CIRO)	_____ lei
	<input type="radio"/> Asigurarea în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă (CIR3)	_____ lei
	<input type="radio"/> Asigurarea în caz de diagnosticare cu cancer (CAN0)	_____ lei
Asigurări suplimentare de spitalizare și intervenție chirurgicală	<input type="radio"/> Spitalizare din accident (HA60/HA00)	_____ lei
	<input type="radio"/> Spitalizare din îmbolnăvire și accident (HS60/HS00)	_____ lei
	<input type="radio"/> Intervenție chirurgicală din accident (SRA0/SRA1)	_____ lei
	<input type="radio"/> Intervenție chirurgicală din îmbolnăvire și accident (SRG0/SRG1)	_____ lei

5 Modificări specifice tuturor tipurilor de contracte

Atașare Asigurări suplimentare de spitalizare și intervenție chirurgicală	Durata (ani)	Suma asigurată
<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară de Spitalizare în caz de Accident (HA00)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară de Intervenție Chirurgicală în caz de Accident (SRA1)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară de Spitalizare în caz de Îmbolnăvire și Accident (HS00)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară de Intervenție Chirurgicală în caz de Îmbolnăvire și Accident (SRG1)	_____	_____ lei

Atașare Asigurări suplimentare pentru afecțiuni grave/ cancer	Durata (ani)	Suma asigurată
<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară pentru Afecțiuni Grave (CIRO)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Asigurarea în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă (CIR3)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Asigurarea în caz de diagnosticare cu cancer (CAN0)	_____	_____ lei

Atașare alte Asigurări suplimentare	Durata (ani)	Suma asigurată
<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară de deces din accident (ADR)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Asigurarea suplimentară de invaliditate permanentă din accident (PDR0)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Opțiunea suplimentară de Scutire de Plată a Primelor de Asigurare (WOP)	_____	_____ lei
<input type="radio"/> Asigurarea pentru incapacitate de muncă cauzată de o invaliditate (IWD0)	_____	_____ lei

Dacă asigurarea/opțiunea suplimentară care se dorește a fi atașată există deja la contract sunt de acord cu rezilierea acesteia și reatașarea conform noilor Condiții Contractuale de care am luat cunoștință.

6 Informații importante referitoare la modificările de sumă asigurată aferente asigurărilor suplimentare de sănătate (HA60, HS60, SRA0 și SRG0)

Declar pe propria răspundere că odată cu solicitarea de modificare a sumei asigurate aferente asigurării suplimentare de sănătate atașate contractului meu de asigurare, am luat la cunoștință și sunt de acord cu completarea/modificarea condițiilor contractuale cu următoarele informații:

1. Capitolul „**Opțiunea de mărire a Sumei asigurate și a primei de asigurare**” se va modifica în sensul că Suma asigurată poate fi mărită (respectând limitele stabilite de Asigurător) în orice moment cu excepția unei perioade de 45 de zile înainte de aniversarea contractului. Pentru acceptarea majorării Sumei asigurate este necesară o nouă reevaluare a riscului asigurabil. În acest scop, Asigurătorul va solicita documentele și informațiile necesare evaluării. Ca urmare a reevaluării riscurilor, este posibil ca Asigurătorul să nu accepte majorarea sumei asigurate sau să accepte noua Sumă asigurată în alți termeni dacă riscurile acoperite sau condițiile de acordare a asigurării s-au modificat față de data ultimei evaluări. Prima eșalonată aferentă asigurării suplimentare va fi modificată corespunzător, iar noua sumă asigurată va fi valabilă simultan atât pentru asigurat, cât și pentru co-asigurat, începând cu data următoarei scadențe de plată cu condiția acceptării de către Asigurător.
2. Se va introduce un nou capitol intitulat “**Opțiunea de reducere a Sumei asigurate și a primei de asigurare**” cu următorul conținut: “Suma asigurată poate fi redusă în orice moment, începând cu al doilea an de asigurare, cu excepția unei perioade de 45 de zile înainte de aniversarea contractului, cu respectarea unei limite minime stabilite de Asigurător. Prima eșalonată aferentă asigurării suplimentare va fi modificată corespunzător, iar noua sumă asigurată va fi valabilă simultan atât pentru asigurat, cât și pentru co-asigurat, începând cu data următoarei scadențe de plată cu condiția acceptării de către Asigurător”.
3. Prevederea referitoare la perioada de așteptare din capitolul “**Obiectul, domeniul și limitele de aplicabilitate**” se completează după cum urmează: “În cazul măririi Sumei asigurate, perioada de așteptare se va aplica pe diferența de Sumă asigurată și se va calcula de la data intrării în vigoare a Sumei asigurate mărite”.

7 Mențiuni importante

Contractului de Asigurare de viață i se aplică prevederile legislației civile în vigoare, Condițiile Contractuale Generale ale Contractului de Asigurare de Viață, Condițiile contractuale Specifice fiecărui tip de Contract de Asigurare de bază și Condițiile contractuale specifice Asigurărilor și Opțiunilor Suplimentare atașate Contractului de Asigurare de bază. Sunt de acord că termenii acestui contract de asigurare sunt preliminari și ei pot fi modificați în cazul în care informațiile personale (medicale, ocupaționale etc.) vor determina acest lucru. Am luat în considerare că acest formular de asigurare va fi evaluat pe baza informațiilor pe care le voi furniza, urmând ca emiterea poliței de asigurare să fie făcută ca o confirmare a concluziilor apărute și modificărilor efectuate.

Cunosc faptul că evaluarea înseamnă prelucrarea de către NN Asigurări de Viață a datelor cu caracter personal privind sănătatea (date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în cererea de asigurare, chestionarele medicale, formularele de anunț eveniment asigurat sau care rezultă din analizele medicale efectuate la încheierea contractului de asigurare, date medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale ori în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat) acestea constituind informații esențiale pentru evaluarea riscului asigurat și a desfășurării contractului. Datele sunt prelucrate având un temei legal și contractual și sunt necesare pentru evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, determinarea cuantumului despăgubirii, accesarea serviciilor medicale asigurate și plățile aferente acestora.

Sunt de acord cu eliberarea de răspundere pentru păstrarea secretului profesional a medicilor care m-au investigat sau care mă vor investiga la cererea NN Asigurări de Viață. Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile la întrebările din formularul de asigurare, precum și răspunsurile pe care le voi furniza ulterior sunt adevărate și complete. Am luat la cunoștință că răspunsurile neadevărate sau incomplete pot duce la ajustarea sau refuzul plății indemnizației de asigurare, conform prevederilor legislației române în vigoare. Am luat la cunoștință faptul că Asigurătorul consideră refuzul tratamentului medical recomandat, menit să-mi asigure/faciliteze restabilirea stării de sănătate, drept act de autovătămare/suicid.

Înțeleg că am dreptul de a-mi retrage consimțământul oricând, însă exercitarea acestui drept înseamnă că NN Asigurări de Viață nu va mai putea prelucra datele cu caracter personal privind sănătatea în scopurile menționate, ducând la rezilierea contractului de asigurare.

Nume Agent de asigurare/
Reprezentant Broker

Semnătura (și ștampila)
Contractantului Asigurării

Cod intern

Semnătura
Persoanei asigurate

Cod CSA/ASF

Semnătura Agentului de
Asigurare/Reprezentant
Broker

Am înmănat clientului, în numele NN Asigurări de Viață, prezentul formular (paginile 1-3) împreună cu cererea de asigurare la data semnării acestuia