

## F5

### Formular pentru modificarea sumelor asigurate dintr-un plan de beneficii cu componentă de protecție la reînnoirea poliței de grup

#### 1 Date de identificare

Număr poliță de grup \_\_\_\_\_

Nume contractant \_\_\_\_\_

Număr contractant \_\_\_\_\_

#### 2 Creșterea sumelor asigurate dintr-un plan de beneficii cu componentă de protecție

Denumire plan de beneficii  B1  B2  B3  B4  B5  B6  B7  B8  B9  
 Procent de creștere \_\_\_\_\_%

\*Procentul de creștere stabilit pentru un plan de beneficii se va aplica tuturor sumelor asigurate aferente componentelor din planul de beneficii respectiv. Sumele asigurate și prima de asigurare vor fi modificate corespunzător. Denumirea și structura fiecărui plan de beneficii se află pe pagina verso a Poliței de Grup.

#### 3 Creșterea sumei asigurate a componentelor de protecție dintr-un plan de beneficii

Pentru acceptarea majorării sumei(lor) asigurate este necesară o reevaluare a riscurilor pentru toți membrii grupului asigurat, în conformitate cu regulile Asigurătorului la data solicitării. Ca urmare a reevaluării riscului, Asigurătorul poate refuza sau accepta în alți termeni majorarea sumei(lor) dacă riscurile acoperite sau condițiile de acordare a asigurării s-au modificat față de data ultimei evaluări. În cazul aprobării de către Asigurător, modificările vor intra în vigoare cu data reînnoirii contractului de grup.

Denumire plan de beneficii  B1  B2  B3  B4  B5  B6  B7  B8  B9

##### Componente plan de beneficii

##### Noua sumă asigurată a componentei de protecție

Asigurare de deces din orice cauză	_____	RON
Asigurare de deces din accident	_____	RON
Asigurare de invaliditate permanentă din accident	_____	RON
Asigurare de invaliditate totală permanentă din îmbolnăvire și accident	_____	RON
Asigurare de spitalizare din accident	_____	RON
Asigurare de spitalizare din îmbolnăvire și accident	_____	RON
Asigurare de intervenție chirurgicală din accident	_____	RON
Asigurare de intervenție chirurgicală din îmbolnăvire și accident	_____	RON
Asigurare de afecțiuni grave	_____	RON
Asigurare de incapacitate temporară de muncă	_____	RON
Asigurare de fracturi	_____	RON
Asigurare de arsuri	_____	RON

##### 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

Asigurare de naștere	_____	RON
Asigurare de cheltuieli medicale	_____	RON
Asigurare de convalescență în caz de accident	_____	RON
Asigurare de convalescență din îmbolnăvire și accident	_____	RON

#### 4 Scăderea sumei asigurate a componentelor de protecție dintr-un plan de beneficii

Denumire plan de beneficii     B1     B2     B3     B4     B5     B6     B7     B8     B9

##### Componente plan de beneficii

##### Noua sumă asigurată a componentei de protecție

Asigurare de deces din orice cauză	_____	RON
Asigurare de deces din accident	_____	RON
Asigurare de invaliditate permanentă din accident	_____	RON
Asigurare de invaliditate totală permanentă din îmbolnăvire și accident	_____	RON
Asigurare de spitalizare din accident	_____	RON
Asigurare de spitalizare din îmbolnăvire și accident	_____	RON
Asigurare de intervenție chirurgicală din accident	_____	RON
Asigurare de intervenție chirurgicală din îmbolnăvire și accident	_____	RON
Asigurare de afecțiuni grave	_____	RON
Asigurare de incapacitate temporară de muncă	_____	RON
Asigurare de fracturi	_____	RON
Asigurare de arsuri	_____	RON
Asigurare de naștere	_____	RON
Asigurare de cheltuieli medicale	_____	RON
Asigurare de convalescență în caz de accident	_____	RON
Asigurare de convalescență din îmbolnăvire și accident	_____	RON

În cazul în care se dorește modificarea sumelor asigurate a uneia sau mai multor componente de protecție din planuri de beneficii diferite, vă rugăm atașați un tabel semnat și ștampilat de către reprezentantul legal al firmei contractante, tabel care să conțină următoarele date:

- Denumirea fiecărui plan de beneficii din care fac parte componentele de protecție
- Denumirea fiecărei componente de protecție pentru care se solicită creșterea/scăderea sumei asigurate
- Noua sumă asigurată aferentă fiecărei componente de protecție pentru care se solicită creșterea/scăderea sumei asigurate

Data semnării formularului \_\_\_\_\_

Semnătura reprezentantului \_\_\_\_\_  
 legal și ștampila  
 societății contractante

Semnătura Agent/  
 Reprezentant Broker \_\_\_\_\_