

S3

Formular pentru modificarea sumelor asigurate la reînnoirea Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup

1 Date de identificare

Numărul poliței de grup _____

Numele contractantului _____

Numărul contractantului _____

2 Creșterea sumelor asigurate

Denumirea planului de beneficii	<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> B3	<input type="radio"/> B4	<input type="radio"/> B5
Procentul de creștere	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %

Procentul de creștere stabilit pentru un plan de beneficii se va aplica tuturor sumelor asigurate aferente componentelor de asigurare din planul de beneficii respectiv, în limita sumei maxime asigurate pe fiecare componentă de asigurare în parte. Sumele asigurate și prima de asigurare vor fi modificate corespunzător. Pentru acceptarea majorării sumelor asigurate este necesară o reevaluare a riscurilor pentru toți membrii incluși în planul respectiv de beneficii, în conformitate cu regulile Asigurătorului la data solicitării. Ca urmare a reevaluării riscului, Asigurătorul poate refuza sau accepta în alți termeni majorarea sumelor 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 Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup. Denumirea și structura fiecărui plan de beneficii se află pe pagina verso a Poliței Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup.

3 Creșterea sumei asigurate a componentelor de asigurare 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 Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup.

Denumirea planului de beneficii	<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> B3	<input type="radio"/> B4	<input type="radio"/> B5
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Componentele planului de beneficii

Acoperire pentru spitalizare și intervenții chirurgicale
din îmbolnăvire și accident

Acoperire pentru afecțiuni grave

Acoperire pentru fracturi

Acoperire pentru arsuri

Acoperire pentru naștere

Acoperire pentru cheltuieli medicale

Acoperire pentru convalescență din îmbolnăvire și accident

Noua sumă asigurată a componentei de asigurare

_____ RON

_____ RON

_____ RON

_____ RON

_____ RON

_____ RON

_____ 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

4 Scăderea sumei asigurate a componentelor de asigurare

Denumirea planului de beneficii B1 B2 B3 B4 B5

Componentele planului de beneficii

Acoperire pentru spitalizare și intervenții chirurgicale din îmbolnăvire și accident

Acoperire pentru afecțiuni grave

Acoperire pentru fracturi

Acoperire pentru arsuri

Acoperire pentru naștere

Acoperire pentru cheltuieli medicale

Acoperire pentru convalescență din îmbolnăvire și accident

Noua sumă asigurată a componentei de asigurare

_____	RON
_____	RON
_____	RON
_____	RON
_____	RON
_____	RON
_____	RON

În cazul în care se dorește modificarea (creșterea sau scăderea) sumelor asigurate pentru una sau mai multe componente de asigurare din planuri de beneficii diferite, vă rugăm atașați un tabel semnat de către reprezentantul legal al Contractantului, tabel care să conțină următoarele date:

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

Data semnării formularului

Semnătura reprezentantului

legal al Contractantului

Semnătura Agent/
Reprezentant Broker
