

**H04****Formular pentru rezilierea contractului****Pentru Asigurarea de Sănătate NN****1 Date de identificare**

Număr contract \_\_\_\_\_

Tipul contractului Asigurarea de Sănătate NNNumele și prenumele  
Contractantului Asigurării \_\_\_\_\_**2 Prin semnarea acestui formular solicit rezilierea contractului. În cazul în care există primă nededusă ca urmare a rezilierii contractului, doresc virarea sumei astfel:** **Plată în următorul cont bancar** (toate câmpurile referitoare la detaliile bancare sunt obligatorii)Titular cont  
(nume și prenume)\* \_\_\_\_\_

Cont IBAN

R I O \_\_\_\_\_

\*Titularul contului trebuie să fie contractantul asigurării sau soțul/soția contractantului persoană fizică (în ambele cazuri este necesară trimiterea copieii actului de identitate al titularului contului semnată în original pentru conformitate).

**Atenție! Completarea incorectă/incompletă a câmpurilor menționate mai sus poate duce la întârzierea virării primei nededuse.**

 **Plată prin mandat poștal**, la adresa reședinței permanente (dacă suma se încadrează în limita stabilită de asigurător)**Sunt de acord cu suportarea taxelor poștale aferente.****Valoarea primei nededuse nu poate fi virată prin mandat poștal pe adresa contractantului persoană juridică.**

Data semnării formularului \_\_\_\_\_

Semnătura (și ștampila)  
Contractantului Asigurării \_\_\_\_\_

Agenția \_\_\_\_\_

Semnătura Agentului  
Asigurare/Reprezentant  
Broker \_\_\_\_\_

Semnătura titular cont \_\_\_\_\_

**NN Asigurări de Viață S.A.**  
Str. Costache Negri nr. 1-5,  
Sector 5, 050552 București, RomâniaT +40 21 9464  
T +40 21 402 85 80  
F + 40 21 402 85 81[www.nn.ro](http://www.nn.ro)  
[asigurari@nn.ro](mailto:asigurari@nn.ro)  
[pensii@nn.ro](mailto:pensii@nn.ro)