

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 81www.nn.ro
asigurari@nn.ro
pensiapilonul3@nn.ro