

F06**Formular pentru rezilierea contractului****1 Date de identificare**

Număr contract _____

Tip contract _____

Nume și prenume
Persoană Asigurată _____Numele Contractantului
Asigurării _____**2 Prin semnarea acestui formular solicit rezilierea contractului, valoarea de răscumpărare urmând a fi virată astfel**☐ **Plată în următorul cont bancar** (toate câmpurile referitoare la detaliile bancare sunt obligatorii)Titular cont
(nume și prenume)* _____Cont IBAN ☐ R ☐ O _____

*Titularul contului trebuie să fie persoana asigurată, contractantul asigurării sau soțul/soția persoanei asigurate/contractantului persoană fizică (caz în care este necesară trimiterea copiei actului de identitate al titularului contului semnată în original pentru conformitate). Dacă plata se efectuează în contul unei persoane juridice este necesară o copie a certificatului de înregistrare.

Atenție! Completarea incorectă/incompletă a câmpurilor menționate mai sus poate duce la întârzierea virării sumei răscumpărate.

☐ **Plată prin mandat poștal, la adresa reședinței permanente** (dacă sumă se încadrează în limita stabilită de asigurător)

Valoarea de răscumpărare nu poate fi virată prin mandat poștal pe adresa contractantului persoană juridică.

În calculul valorii de răscumpărare a contractelor unit linked se vor folosi prețurile aferente datei procesării efective a solicitării. Prețurile vor fi calculate și făcute publice în următoarea zi lucrătoare după procesarea solicitării. Atenție! Acestea vor fi diferite de prețurile din data semnării formularului.

În cazul în care contractantul este persoană juridică și viramentul se face în contul sau pe adresa persoanei asigurate, prin semnarea acestui formular, contractantul asigurării, respectiv persoana în contul căreia se va efectua plata valorii de răscumpărare își asumă îndeplinirea tuturor obligațiilor prevăzute de legislația română în vigoare, inclusiv a obligațiilor de natură financiar-fiscală ce ar putea izvorî din efectuarea acestei operațiuni contractuale în conformitate cu instrucțiunile de plată primite de Asigurător. Compania NN Asigurări de Viață

S.A. își declină orice responsabilitate asupra consecințelor neîndeplinirii întocmai a obligațiilor legale de către persoanele în cauză.

3 Declarație privind FATCA și Politica privind Persoanele SUA

	Contractant	Persoană asigurată
Sunteți cetățean american sau rezident SUA?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU
Aveți vreo dată de contact SUA precum adresă de domiciliu, de corespondență sau fiscală SUA, număr de telefon SUA?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU
Acționează vreun cetățean american sau rezident SUA ca reprezentantul, consilierul de investiții sau împuternicitul dumneavoastră?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU
Sunteți persoană juridică înființată/înregistrată sau care este prezentă în SUA sau care are un acționar (persoana fizică sau juridică, care are la rândul său un acționar persoana fizică) care deține 25% sau mai mult din capitalul social sau din drepturile de vot ale unei astfel de persoane juridice și care este un cetățean american sau rezident SUA?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU

Dacă răspunsul este DA la oricare din întrebările de mai sus, atunci vă rugăm să completați formularul W8 sau W9, după caz.

Produsele oferite de NN Asigurări de Viață nu au fost înregistrate conform Legii din SUA privind titlurile de valoare și nu pot fi oferite spre vânzare sau vândute în Statele Unite sau către ori în contul oricărei persoane SUA.

Dacă sunteți cetățean american sau rezident SUA, NN Asigurări de Viață poate decide să nu accepte cererea dumneavoastră de asigurare. În cazul în care cererea de asigurare va fi acceptată, conform reglementărilor FATCA, vom raporta anual către autoritățile fiscale din România/SUA datele dumneavoastră personale și valoarea (actuală) de răscumpărare sau indemnizația de maturitate și alte venituri plătite către dumneavoastră sau beneficiarilor desemnați/moștenitorilor legali.

În cazul în care, la momentul semnării cererii de asigurare sau ulterior, pe parcursul desfășurării contractului de asigurare, veți refuza să furnizați informații, documente sau orice derogări aferente FATCA, NN Asigurări de Viață nu va accepta cererea dumneavoastră de asigurare, respectiv va înceta relația contractuală cu dumneavoastră și/sau va raporta autorităților fiscale din România/SUA refuzul de a furniza informații.

Dacă sunteți o instituție financiară străină non-participantă, NN Asigurări de Viață poate decide să nu accepte cererea dumneavoastră de asigurare. În cazul în care vom accepta cererea de asigurare, vom raporta către autoritățile fiscale din România/SUA orice plată făcută către dumneavoastră.

În cazul în care, pe parcursul desfășurării contractului de asigurare, intervine orice modificare în ceea ce privește calitatea de cetățean american sau rezident SUA, aveți obligația de a ne informa imediat, urmând ca NN Asigurări de Viață să decidă dacă trebuie făcute verificări suplimentare cu privire la datele dumneavoastră personale.

4 Declarație privind rezidența fiscală

	Contractant	Persoană asigurată
Aveți rezidența fiscală într-o altă țară în afara României?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU
Dacă răspunsul este DA, menționați țara în care aveți rezidența fiscală și codul de rezidență fiscală deținut		

5 Vă rugăm specificați motivul pentru care solicitați rezilierea contractului dumneavoastră de asigurare

Motive financiare	☐ nevoie urgentă de bani pentru soluționarea unei priorități ☐ venitul meu a scăzut în ultima vreme/nu îmi mai pot permite plata primelor de asigurare ☐ doresc să investesc banii în alte produse financiare
Motive legate de produsul achiziționat	☐ produsul achiziționat este diferit față de ceea ce știam/am nevoie ☐ asigurarea de viață este foarte scumpă în comparație cu veniturile mele
Motive legate de companie	☐ NN nu mai este compania mea preferată ☐ NN nu mi-a îndeplinit așteptările în ceea ce privește colaborarea mea cu Sediul Central ☐ NN nu mi-a îndeplinit așteptările în ceea ce privește colaborarea mea cu consultantul
Alte motive. Vă rugăm să le menționați	

Data semnării formularului

Semnătura (și stampila)
Contractantului Asigurării

Agenția

Semnătura Persoanei
Asigurate

Semnătura titular cont

Nume prenume Agent de
Asigurare/Reprezentant
Broker

Cod ASF Agent de Asigurare/Reprezentant Broker