

S4**Formular pentru rezilierea Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup
/componentelor de asigurare****1 Date de identificare**

Numărul poliței de grup _____

Numele contractantului _____

Numărul contractantului _____

2 Rezilierea Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup

☐ Solicit rezilierea Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup pentru grupul al cărui număr de poliță este menționat mai sus.

3 Rezilierea componentelor de asigurare aferente Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup*

- ☐ Acoperire pentru afecțiuni grave
- ☐ Acoperire pentru arsuri
- ☐ Acoperire pentru cheltuieli medicale
- ☐ Acoperire pentru convalescență din îmbolnăvire și accident
- ☐ Acoperire pentru fracturi
- ☐ Acoperire pentru naștere
- ☐ Beneficiul de Prevenție și Consultații medicale

***Primele încasate pentru componenta/componentele reziliată (e) și neutilizate vor fi transferate automat de sistem la nivelul contului de grup.**

În situația în care doriți returnarea sumelor într-un cont bancar, vă rugăm să precizați:

Contul IBAN al Contractantului _____

Banca _____

Sucursala/Filiala _____

În cazul în care se dorește rezilierea uneia sau mai multor 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 care se dorește a fi reziliată

Data semnării formularului _____

Semnătura reprezentantului
legal al Contractantului _____Semnătura Agent/
Reprezentant Broker _____