

Număr înregistrare (Sediul Central) \_\_\_\_\_

**H01****Formular pentru modificări contractuale****Pentru Asigurarea de Sănătate NN****1 Date de identificare**

Număr contract \_\_\_\_\_

Tip contract Asigurarea de Sănătate NN

Nume Contractant \_\_\_\_\_

**2 Modificare asigurare de bază**

Vă rugăm precizați mai jos numele persoanei asigurate și componenta de protecție principală dorită pentru aceasta.

	Protecție principală*
001	_____
002	_____
003	_____

\*Pentru a procesa solicitarea, este necesară completarea unei noi cereri de asigurare pentru respectiva persoană asigurată în vederea evaluării riscului.

**3 Atașare Beneficiu opțional Prevenție (numai pentru membrii existenți)**

Vă rugăm precizați mai jos numele persoanei asigurate pentru care doriți atașarea Beneficiului opțional Prevenție.

	Furnizor medical	Beneficiu opțional Prevenție
001	_____	_____
002	_____	_____
003	_____	_____

**4 Adăugare persoană asigurată**

Vă rugăm precizați mai jos numele noii persoane asigurate.

	Protecție principală*	Beneficiu opțional Prevenție
001	_____	_____
002	_____	_____
003	_____	_____

\*Pentru a procesa solicitarea, este necesară completarea unei noi cereri de asigurare pentru respectiva persoană asigurată în vederea evaluării riscului. În cazul atașării componentei de protecție principală pentru spitalizare în caz de îmbolnăvire și accident vă rugăm să consultați articolul din Condițiile Contractuale Generale ale Asigurării de Sănătate NN privind perioada de așteptare.

**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  
pensii@nn.ro

### 5 Reziliere Beneficiu opțional Prevenție

Vă rugăm precizați mai jos numele persoanei asigurate pentru care doriți rezilierea Beneficiului opțional Prevenție.

001 \_\_\_\_\_

002 \_\_\_\_\_

003 \_\_\_\_\_

### 6 Excludere persoană asigurată

Vă rugăm precizați mai jos numele persoanei asigurate exclusă din contract.

001 \_\_\_\_\_

002 \_\_\_\_\_

003 \_\_\_\_\_

**Modificările solicitate pot fi procesate doar în cazul în care contractul este plătit la zi și se vor aplica începând cu următoarea scadență.**

Data semnării formularului \_\_\_\_\_

Semnătura  
Contractantului Asigurării \_\_\_\_\_

Agenția \_\_\_\_\_

Nume prenume Agent de  
Asigurare/Reprezentant  
Broker \_\_\_\_\_

Cod ASF Agent de Asigurare/Reprezentant Broker \_\_\_\_\_