

FORMULAR PENTRU CREȘTEREA SUMEI ASIGURATE, ATAȘAREA ASIGURĂRILOR SUPLIMENTARE, REPUNEREA ÎN VIGOARE A CONTRACTULUI

Date de identificare

Număr contract / Nume produs:

Persoana asigurată

Nume și prenume:

CNP:

Contractant

Nume și prenume / Denumire
(în cazul persoanelor juridice):

CNP / CUI:

Repunerea în vigoare a contractului

Modificări specifice contractelor unit linked

Asigurarea principală (cu excepția contractelor tip MENTOR)

* În cazul contractelor de tip GenT,
creșterea sumei asigurate este
posibilă începând cu al
doilea an contractual.

- Creșterea sumei asigurate* Noua sumă asigurată lei
- Creșterea primei pentru asigurarea principală/pentru investiție
(în cazul contractelor de tip GenT)

Vă rugăm precizați noua primă asigurată corespunzătoare frecvenței de plată (se va completa noua primă pentru asigurarea principală/pentru investiție sau noua primă totală, după preferință):

Mărirea/reducerea primei cu: lei

Noua primă pentru asigurarea principală/pentru investiție: lei

Noua primă totală: lei

Agentul dumneavoastră de asigurare vă va informa asupra limitelor existente în cazul modificării primei și/sau a sumei asigurate

Venitul mediu lunar al contractantului / lei
Cifra de afaceri

Asigurări suplimentare de accident deja atașate

- Creșterea sumei asigurate Noua sumă asigurată lei
Deces din accident (**ADR**)
- Creșterea sumei asigurate lei
Invaliditate permanentă din accident (**PADR**)
- Creșterea sumei asigurate lei
Deces și invaliditate permanentă din accident (**AR**)

Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni grave

- Creșterea sumei asigurate Noua sumă asigurată lei

Modificări specifice contractelor tradiționale

<input type="checkbox"/>	Creșterea sumei asigurate în caz de deces (numai pentru cererile de tip Regal semnate începând cu data de 01.08.2004)	Noua sumă asigurată	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	Atașare Asigurare suplimentară Temporară Flexibilă (FTR)	Durata (ani)	<input type="text"/>	Suma asigurată
<input type="checkbox"/>	Atașare Opțiune suplimentară de Mărire Garantată a Sumei Asigurate (GIO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei

Modificări specifice tuturor tipurilor de contracte cu prime eșalonate

Atașare Asigurări suplimentare de sănătate

	Durata (ani)	Suma asigurată	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei

Atașare Asigurări suplimentare de accident

	Durata (ani)	Suma asigurată	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lei

Dacă asigurarea/opțiunea suplimentară care se dorește a fi atașată există deja la contract sunt de acord cu rezilierea acesteia și reatașarea conform noilor Condiții Contractuale de care am luat cunoștință.

Contractului de Asigurare de viață i se aplică prevederile legislației civile în vigoare, Condițiile Contractuale Generale ale Contractului de Asigurare de viață, Condițiile contractuale Specifice fiecărui tip de Contract de Asigurare de bază și Condițiile Contractuale Specifice Asigurărilor și Opțiunilor Suplimentare atașate Contractului de Asigurare de bază.

Sunt de acord că termenii acestui contract de asigurare sunt preliminari și ei pot fi modificați în cazul în care informațiile personale (medicale, ocupaționale etc.) vor determina acest lucru. Am luat în considerare că acest formular de asigurare va fi evaluat pe baza informațiilor pe care le voi furniza, urmând ca emiterea poliței de asigurare să fie făcută ca o confirmare a concluziilor apărute și modificărilor efectuate. Sunt de acord cu eliberarea de răspundere pentru păstrarea secretului profesional a medicilor care m-au investigat sau care mă vor investiga la cererea ING Asigurări de Viață. Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile la întrebările din formularul de asigurare, precum și răspunsurile pe care le voi furniza ulterior sunt adevărate și complete.

Am luat la cunoștință că răspunsurile neadevărate sau incomplete pot duce la ajustarea sau refuzul plății indemnizației de asigurare, conform prevederilor legislației române în vigoare. Am luat la cunoștință faptul că Asiguratorul consideră refuzul tratamentului medical recomandat, menit să-mi asigure/faciliteze restabilirea stării de sănătate, drept act de autovătămare/suicid.

ING Asigurări de Viață este înregistrată ca operator de date cu caracter personal cu numărul 160.

Nume Agent de asigurare / Reprezentant Broker	<input type="text"/>	Semnătura (și ștampila) Contractantului Asigurării	<input type="text"/>
Cod intern	<input type="text"/>		
Cod C.S.A.	<input type="text"/>		
Semnătura Agentului de Asigurare/ Reprezentant Broker	<input type="text"/>	Semnătura Persoanei Asigurate	<input type="text"/>

Am înmănat clientului, în numele ING Asigurări de Viață, prezentul formular (paginile 1 și 2, față-verso) împreună cu cererea de asigurare la data semnării acestuia: