

**Cerere de repunere in vigoare a contractelor :
"Planul de Economisire si Protectie",
"Aegon Fii sigur" si "AEGON Fii istet"**

Asigurat:

Numar contract

Nume Prenume

CNP Telefon mobil..... Telefon fix..... E-mail.....

Contractant:

Nume/Denumire..... Prenume

CNP/CUI..... Telefon mobil..... Telefon fix..... E-mail.....

Chestionar evaluarea riscului Asiguratului

Ocupatia* Venit net lunar RON

Locul de munca (angajator+localitatea)..... Inaltimea (cm) Greutate (kg)

Chestionar evaluarea riscului Contractantului

Ocupatia* Venit net lunar RON

Locul de munca (angajator+localitatea)..... Inaltimea (cm) Greutate (kg)

* Va rugam sa mentionati postul si descrierea succinta a activitatii (activitati intelectuale, sedentare, cu/fara efort fizic, care implica deplasari zilnice, care implica folosirea unor instrumente sau unelte periculoase).

Chestionar privind starea de sanatate a Asiguratului		Da	Nu
1	Ati suferit vreun accident care are urmasi si in prezent? (de exemplu deformatii ale membrilor sau ale coloanei vertebrale, amputari, anchilozari, reducerea acuitatii vizuale, reducerea acuitatii auditive, tulburari de memorie)	**	
2	Ati suferit sau suferiti de vreuna din urmatoarele afectiuni cronice: cardiovasculare, respiratorii, digestive, renale, urologice, genitale, endocrine, neurologice, psihice, oftalmologice, ORL, musculare, ale oaselor, ale coloanei vertebrale, infectioase, tumori benigne, malformatii congenitale?	**	
3	Ati suferit sau suferiti de vreuna din urmatoare afectiuni: accident vascular cerebral, cord pulmonar cronic, insuficienta cardiaca, diabet insulionodependent, hepatita cronica B, C sau D, ciroza hepatica, insuficienta renala, cancer, infectie HIV sau SIDA, boli psihice, epilepsie?		
Detalii (mentionati numarul intrebării la care va referiti si consemnati informatiile pe care le considerati relevante (de ex. întrebarea nr.2: diagnosticul exact, data debutului, tratament recomandat, tratament urmat, care a fost evolutia si starea actuala)			

** Prin semnarea prezentei cereri de asigurare sunt de acord ca AEGON sa calculeze o extraprima de maxim 100% sau sa aplice excludere in cazul unor raspunsuri afirmative la intrebarile 1 sau 2 din chestionarul medical pentru riscul datorat afectiunilor mentionate. De asemenea, sunt de acord cu mentinerea neschimbata a valorii primei de asigurare totale cu diminuarea alocarii pe componenta de investitie.

Declaratii finale ale Contractantului si Asiguratului

1.Contractantul si Asiguratul confirma ca la toate intrebarile din prezentul formular au raspuns cu buna credinta, corect si complet. In caz contrar, Asiguratorul isi rezerva dreptul de a refuza repunerea in vigoare a contractului de asigurare sau dupa caz plata indemnizatiei de asigurare. 2. Prin aceasta cerere, Contractantul/Asiguratul autorizeaza Asiguratorul sa solicite informatii medicale la orice medic, spital sau institutie medicala care l-a tratat sau il va trata, in scopul verificarii, completarii si procesarii datelor cu privire la Asigurat, referitor la starea lui de sanatate. 3. Contractantul si Asiguratul declara prin prezenta ca ii autorizeaza pe toti cei chestionati sa furnizeze informatii complete legate de starea de sanatate a Asiguratului, eliberandu-i pe medici de pastrarea secretului profesional. Prin completarea si semnarea acestei cereri, Contractantul si Asiguratul autorizeaza AEGON, sa evalueze si sa repuna in vigoare contractul de asigurare. 4. Suntem de acord ca termenii acestei cereri de repunere in vigoare sunt preliminari si ei pot fi modificati in cazul in care informatiile personale (medicale, ocupationale etc.) vor determina acest lucru. Am luat in considerare ca aceasta cerere va fi evaluata pe baza informatiilor pe care le-am furnizat urmand ca repunerea in vigoare sa fie facuta ca o confirmare a concluziilor aparute si modificarilor efectuate.

Localitatea.....

Data semnarii.....

Semnatura Contractantului (stampila)

Semnatura Asiguratului

.....

.....