

Cerere de repunere în vigoare a poliței reziliate (POS 04)

Număr Poliță

Cod Agent

Cod ASF Agent

Informații Agent de Asigurare

Nume _____

Prenume _____

Telefon _____

Adresă e-mail _____

1. Asigurat

Sex: ☐ M ☐ F

Nume _____ Prenume _____ Pseudonim _____

Căsătorit(ă) DA ☐ NU ☐ Data nașterii Țara și locul nașterii _____

Act identitate B.I./C.I. Seria Nr. Vârsta _____ CNP

Data eliberării documentului de identitate și entitatea care l-a emis

Cetățenia (se vor completa toate cetățeniile pe care le dețineți) _____, _____, _____

Rezident(ă) DA ☐ NU ☐ Țara de rezidență (doar în cazul în care nu sunteți rezident(ă) în România) _____

Naționalitate _____ Telefon _____ Telefon mobil _____

Telefon SUA (inclusiv codul țării) _____ Fax _____

Adresă e-mail _____ Cod poștal _____

Adresa completă a domiciliului _____

Adresa completă de rezidență din SUA _____

Altă adresă de rezidență _____

Ocupația și numele angajatorului/Natura activității proprii _____

2. Titular persoană fizică

Sex: ☐ M ☐ F

Nume _____ Prenume _____ Pseudonim _____

Căsătorit(ă) DA ☐ NU ☐ Data nașterii Țara și locul nașterii _____

Act identitate B.I./C.I. Seria Nr. Vârsta _____ CNP

Data eliberării documentului de identitate și entitatea care l-a emis

Cetățenia (se vor completa toate cetățeniile pe care le dețineți) _____, _____, _____

Rezident(ă) DA ☐ NU ☐ Țara de rezidență (doar în cazul în care nu sunteți rezident(ă) în România) _____

Naționalitate _____ Telefon _____ Telefon mobil _____

Telefon SUA (inclusiv codul țării) _____ Fax _____

Adresă e-mail _____ Cod poștal _____

Adresa completă a domiciliului _____

Adresa completă de rezidență din SUA _____

Altă adresă de rezidență _____

Ocupația și numele angajatorului/Natura activității proprii _____

3. Titular persoană juridică (se va completa de catre reprezentantul legal)

Denumirea legală a Societății _____ Denumirea comercială a Societății _____

Țara de operare _____ Țara de înregistrare _____ CUI _____

Telefon _____ Telefon mobil _____ Telefon SUA (inclusiv codul țării) _____

Adresa de înregistrare _____

Nume _____ Prenume _____ Pseudonim _____

Data nașterii Țara și locul nașterii _____

Act identitate B.I./C.I. Seria Nr. CNP

Data eliberării documentului de identitate și entitatea care l-a emis _____

Cetățenia (se vor completa toate cetățeniile pe care le dețineți) _____, _____, _____

Rezident(ă) DA ☐ NU ☐ Țara de rezidență (doar în cazul în care nu sunteți rezident(ă) în România): _____

Naționalitate _____ Telefon _____ Telefon mobil _____

Telefon SUA (inclusiv codul țării) _____ Fax _____

Adresă e-mail _____ Cod poștal _____

Adresa completă a domiciliului _____

Adresa completă de rezidență din SUA _____

Altă adresă de rezidență _____

Ocupația și numele angajatorului/Natura activității proprii _____

4. Beneficiar real¹ _____**5. Precizați venitul anual al Titularului** _____**6. În cazul în care sunteți persoană expusă politic², vă rugăm să ne furnizați următoarele informații**

Funcția publică _____

Sursa veniturilor, precum și a fondurilor implicate în relația de afaceri _____

7. Persoane Coasigurate

	CNP	Ocupație
Soț _____		_____
Soție _____		_____
Copil 1 _____		_____
Copil 2 _____		_____
Copil 3 _____		_____
Copil 4 _____		_____

8. Suma de plată necesară pentru repunerea în vigoare

9. Data plății pentru repunerea în vigoare

¹ Beneficiar real – orice persoană fizică ce deține sau controlează în cele din urmă clientul și/sau persoana fizică în numele ori în interesul căruia/căreia realizează, direct sau indirect, o tranzacție ori o operațiune. Definiția se completează cu prevederile art. I pct.3 art. 22, alin.2 din OUG nr. 53/2008.

² Persoanele expuse politic sunt persoanele fizice care exercită sau au exercitat funcții politice importante, membrii familiilor acestora, precum și persoanele cunoscute politic ca asociați apropiați ai persoanelor fizice care exercită funcții publice importante. În cazul unei expunerii politice ulterioare sau a modificărilor informațiilor furnizate mai sus, mă oblig să anunț în scris Societatea.

Vă rugăm să bifați varianta corespunzătoare în cazul în care există un Contract Suplimentar de tip Unit Linked atașat poliței pentru care se solicită repunerea în vigoare¹

- ☐ repunere în vigoare cu Contract Suplimentar Unit Linked atașat;
☐ repunere în vigoare fără Contract Suplimentar Unit Linked atașat;

INFORMAȚII DESPRE STAREA DE SĂNĂTATE A

☐ Asiguratului ☐ Titularului ☐ Persoanelor coasigurate

În cazul Contractelor Suplimentare „Exonerare de la Plata Primelor” sau „Acordul de Protecție a Copilului”, se va completa acest chestionar și pentru Titularul asigurării. În cazul în care există și alte persoane propuse spre asigurare (Soț/Soție sau Copii), completarea chestionarului de mai jos este necesară și pentru aceștia. În vederea evaluării medicale a Cererii de repunere în vigoare, vă rugăm să răspundeți la întrebările incluse în chestionarul de mai jos, bifând varianta de răspuns corectă. Vă rugăm să precizați persoana la care se referă răspunsul și să oferiți detalii cât mai clare și complete. Acolo unde este cazul, vă rugăm să atașați copii ale documentelor medicale deținute; pentru detalii suplimentare puteți folosi o coală de hârtie separată.

A. Produsele Life, Capital, Junior, Viitor MET, Protector - Indicații pentru completarea chestionarului:

- Pentru contractele de asigurare care acoperă doar evenimente cauzate de accident, cu sume asigurate de până la 1.500.000 RON per contract și client nu este necesar să răspundeți la nicio întrebare. Pentru contractele de asigurare care acoperă doar evenimente cauzate de accident, cu sume asigurate de peste 1.500.000 RON per contract și client, vă rugăm să răspundeți la toate întrebările de mai jos.
- Pentru contractele de asigurare care acoperă și evenimente cauzate de îmbolnăvire, indiferent de valoarea sumelor asigurate, vă rugăm să răspundeți la toate întrebările de mai jos.

B. Produsele Extramed si Ultramed - Indicații pentru completarea chestionarului:

- Indiferent de valoarea sumelor asigurate, vă rugăm să răspundeți la toate întrebările de mai jos.

C. Produsul Dr. Kid – nu este necesar completarea chestionarului

Numele, adresa și numărul de telefon ale medicului curant actual sau ale celor precedenți, dacă aceștia au fost schimbați în- decursul ultimului an _____

1.Înălțimea și greutatea?

	Persoana propusă spre asigurare	Solicitantul asigurării	Soț/soție	Copil 1	Copil 2	Copil 3	Copil 4
Înălțimea (cm)							
Greutatea (kg)							

2. Dumneavoastră sau persoanelor propuse spre asigurare vi s-a spus că sunteți infectate cu HIV/SIDA, sunteți sau ați fost testate sau tratate pentru: infecția cu HIV/SIDA, , cancer sau tumori, afecțiuni cardio- vasculare sau ale inimii, accidente vasculare cerebrale, hemoragie cerebrală, diabet, valori crescute ale glicemiei serice, colită, orice afecțiune a rinichilor sau ficatului, depresie, psihoze, tentative de suicid hemoragie ? DA NU

☐ ☐

3.În ultimii doi ani, indiferent de gravitatea afecțiunii, ați folosit medicamente prescrise în mod regulat (pentru alte afecțiuni decât gripa sau răceala), ați consultat un medic sau ați primit îngrijiri ori recomandări medicale?.....

☐ ☐

4.Dumneavoastră sau persoanele propuse spre asigurare, sunteți implicat în, practicați sau intenționați să practicați:

a. Pilotarea unui avion sau a oricărui alt dispozitiv aerian?..... ☐ ☐

b.Activități periculoase cum ar fi (fără a se limita numai la acestea): box, alpinism, scufundări, folosirea parașutei, parapantei sau deltaplanului, conducerea unei motociclete, orice alt sport extrem sau formă de cursă? Sunteți membru înregistrat al unei echipe sportive sau practicați în mod profesionist un sport? ☐ ☐

c. În ultimii doi ani, ați călătorit în afara țării sau, în viitor, intenționați să călătoriți sau să vă stabiliți în afara țării?..... ☐ ☐

5.Dumneavoastră sau persoanele propuse spre asigurare ați avut, aveți sau ați fost investigate ori tratate pentru oricare dintre următoarele afecțiuni:

a. Cancer, tumori, polipi, chisturi sau alte formațiuni tumorale, afecțiuni ale sângelui/măduvei spinării sau boli infecțioase? ☐ ☐

b.Infarct, angină pectorală, sufluri cardiace, reumatism articular, hipertensiune arterială, valori crescute ale colesterolului sau orice altă afecțiune a aparatului circulator sau cardiovascular? ☐ ☐

c. Orice formă de diabet sau afecțiuni renale? ☐ ☐

d. Hepatite, orice afecțiuni ale ficatului, pancreasului, stomacului, intestinului subțire sau gros? ☐ ☐

e. Afecțiuni ale plămânilor sau ale aparatului respirator? ☐ ☐

f.Accident vascular cerebral, infarct cerebral, amețeli, leșin, pierderea conștienței, paralizii sau orice alte afecțiuni ale sistemului nervos? ☐ ☐

g.Afecțiuni mentale, anxietate, depresii, boli psihice, abuz de alcool, droguri sau medicamente? ☐ ☐

¹ Contractul Suplimentar Unit Linked atașat, dacă se află în primii 2 ani de valabilitate, este reziliat automat la împlinirea a 90 de zile de la data scadentă și neachitată, fiind răscumpărat total. În acest caz taxa de răscumpărare este de 100%. Astfel, odată cu repunerea în vigoare a poliței cu Contract Suplimentar Unit Linked atașat, alimentarea contului de investiție va începe de la 0.

6. Dumneavoastră sau persoanele propuse spre asigurare sunteți în acest moment sub observație medicală sau urmați vreun tratament (inclusiv medicamentos)? ☐ ☐
- Dumneavoastră sau persoanele propuse spre asigurare. aveți o altă poliță de asigurare sau ați depus cereri pentru repunerea în vigoare a altor polițe de asigurare sau aveți cereri sau polițe de asigurare respinse, amânate, pentru care ați primit excluderi sau extraprime sau care au fost modificate în vreun fel, la Societatea noastră sau alte societăți de asigurări? Dacă răspunsul este afirmativ vă rugăm dați detalii indicând Nr. Poliței ☐ ☐
7. În ultimele 24 de luni ați fumat țigări, țigarete, pipă sau ați folosit orice alt produs din tutun? Dacă da, vă rugăm să precizați consumul zilnic ☐ ☐
8. Dumneavoastră sau persoanele propuse spre asigurare sunteți membru al forțelor armate sau nu ați efectuat ori ați întrerupt serviciul militar din motive de sănătate fizică sau mentală?..... ☐ ☐

Vă rugăm să furnizați detalii în cazul unui răspuns afirmativ (incluzând persoana la care se referă, numărul și litera întrebării, data debutului, tratamentul recomandat și cel efectuat, diagnosticul, rezultatele investigațiilor, evoluție, stare actuală). Vă rugăm atașați documente referitoare la aceste situații:

Important!

Omiterea declarării oricăror informații cunoscute necesare evaluării riscului, poate duce la refuzul Societății de a plăti orice indemnizație (beneficiu) stipulată în condițiile contractuale.

* s-a utilizat genul masculin cu valoare generică, pentru redactarea chestionarului în scopul facilitării exprimării.

Declarație de prelucrare a datelor cu caracter personal

Sunt de acord ca Metropolitan Life (denumită în continuare "Societatea") să păstreze o copie după cartea mea de identitate, să efectueze orice prelucrare a datelor cuprinse în prezenta cerere de repunere în vigoare, inclusiv a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate, codul numeric personal sau a altor date cu caracter personal având o funcție de identificare de aplicabilitate generală.

Declar că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea datelor cu caracter personal furnizate de către mine se va face pe toată durata contractului de asigurare și până la cinci ani după încetarea acestuia. Declar că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea acestor date se va face în următoarele scopuri: evaluarea riscului asigurabil, întocmirea bazei de date în vederea administrării contractelor de asigurare, realizarea diferitelor oferte de asigurări, verificarea modificărilor contractuale cerute, verificarea indemnizației de asigurare în cazul producerii evenimentului asigurat, studii de cercetare, analiza portofoliului de clienți, acțiuni de direct-mailing, reclamă, publicitate și marketing al produselor Societății și ale partenerilor acestora, precum și ale societăților din același grup cu Societatea, activități de reasigurare, calcularea beneficiilor investiționale, precum și în alte scopuri în vederea administrării contractului de asigurare. Categoriile de destinatari cărora urmează să li se dezvăluie datele cu caracter personal sunt: angajații Societății, agenții de asigurare ai Societății, prestatorii de servicii de studii de piață cu care Societatea a încheiat contracte de colaborare, partenerii contractuali ai Societății (reasiguratorii, bănci, brokeri, alte instituții financiare etc.), alte companii din același grup din care face parte Societatea, alte persoane fizice și juridice care prelucrează datele personale în numele operatorului (avocați, contabili, auditori, societăți de prestări servicii etc.), autoritate judecătorească, autorități publice la cererea acestora, atunci când există temei legal în baza Legii 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal. Totodată, mă oblig să furnizez coasiguraților și beneficiarii

asigurării toate informațiile de mai sus în termen de maxim 5 zile calendaristice de la data completării prezentei cereri de repunere în vigoare.

În conformitate cu Legea 677/2001, declar că am luat cunoștință de drepturile mele, după cum urmează: accesul la date (în mod gratuit pentru o solicitare pe an, printr-o cerere scrisă, datată și semnată în care pot arăta că doresc ca informațiile să îmi fie comunicate la o anumită adresă, inclusiv prin poștă electronică, sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea mi se va face personal), informarea persoanei vizate, intervenție asupra datelor, de opoziție, de a nu fi supus unei decizii individuale, de adresare în justiție.

Sunt de acord ca Societatea să transfere în străinătate (SUA și UE și către orice țară unde grupul din care face parte Societatea desfășoară activități) datele cu caracter personal. Sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în scopul de a primi, direct de la Societate, sau prin intermediul unor terți, informații despre produse, servicii și activități ale Societății și/sau partenerilor acesteia precum și ale companiilor care fac parte din același grup cu Societatea, precum și în scopul efectuării de către Societate, direct sau prin intermediul unor terți a studiilor de marketing cu privire la produsele, serviciile și activitățile Societății și/sau partenerilor săi actuali sau de viitor, precum și companiilor din același grup cu Societatea. În cazul în care nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în aceste condiții și respectiv în scop de marketing, înțeleg ca dezacordul meu să fie exprimat în scris și înaintat Societății împreună cu prezenta cerere de repunere în vigoare. Societatea figurează în registrul notificărilor de date cu caracter personal.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

FATCA este un nou regulament introdus de către Departamentul de Trezorerie și Autoritatea Fiscală SUA. FATCA impune societăților de servicii financiare colectarea și păstrarea unor informații și documente suplimentare de la deținătorii și beneficiarii contractelor

de asigurare (beneficiarii plăților efectuate de către Societate).

Beneficiarul/Asiguratul/Clientul se obligă prin semnarea prezentului document să-i pună la dispoziție Societății și să actualizeze declarația pe propria răspundere și documentația necesară stabilirii statutului de conformitate cu FATCA, referitoare la cetățenie, locul nașterii, domiciliu, adresa de corespondență, telefonul, contul bancar, adresa tutorelui/curatorului, existența/inexistența unei împuterniciri în vederea reprezentării de către un cetățean american sau de către o persoană cu indici de apartenență la SUA. De asemenea, clientul se obligă să completeze orice alt document solicitat de asigurator în scopul certificării statutului de conformitate FATCA.

Clientul se obligă să respecte prevederile de mai sus (i) în urma primirii solicitării de la Societate și, (ii) imediat după intervenirea vreunei schimbări cu privire la informațiile anterior furnizate Societății. Următoarele date cu caracter personal pot fi transferate în Statele Unite ale Americii și prelucrate în scopul administrării contractului/cererii și conformării cu prevederile FATCA: cetățenia, locul nașterii, domiciliul, adresa de corespondență, telefonul, contul bancar, adresa tutorelui/curatorului, existența/inexistența unei împuterniciri în vederea reprezentării de către un cetățean american sau de către o persoană cu indici de apartenență la SUA.

Declarație

Declar în continuare, în numele meu și al oricărei persoane care ar putea solicita o despăgubire sau orice beneficiu referitor la polița de asigurare mai sus menționată, că fiecare dintre răspunsurile de mai sus este complet, total și adevărat și sunt de acord ca acestea să fie folosite ca bază pentru repunerea în vigoare la care se referă această cerere. Această repunere în vigoare nu va fi considerată efectivă ca urmare a oricărei sume plătite până în momentul acceptării în mod corespunzător a cererii de către Sediul Central al Societății.

Primirea, reținerea, depunerea sau încasarea oricăror astfel de plăți de către Societate nu va constitui o renunțare, pierdere sau nu va afecta în niciun fel această condiție.

Odată cu repunerea în vigoare a poliței de asigurare, perioada menționată în articolul cu privire la Incontestabilitatea poliței de asigurare din Condițiile Generale ale Asigurării de Viață va fi reluată (dacă este cazul).

În continuare, autorizez orice medic, clinică, societate de asigurări sau altă organizație, instituție sau persoană, care posedă orice fișe sau cunoștințe despre mine sau starea mea de sănătate, să furnizeze Metropolitan Life sau reprezentanților săi orice informații despre mine, referitoare la sănătatea, istoricul medical sau orice spitalizare, consultație, diagnostic, tratament, îmbolnăvire sau afecțiuni.

Data:	Semnătura Asiguratului:
Semnătura Titularului:	Semnătura Agentului:

MetLife Europe Designated Activity Company este o societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social pe Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin cu numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062. Directori și cetățenie: Sarah Alicia Celso (Americană), Alan Cook (Britanică), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Dirk Ostijn (Belgiană), Lukas Ziewer (Elvețiană), Mario Francisco Valdes-Valasco (Mexicană) și Michael Hatzidimitriou (Greacă). Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464