

Europe House, B-dul Lascăr Catargiu nr. 47-53,
RO-010665, sector 1, București
T +40 21 208 41 00, F +40 21 208 41 04
client@metropolitanlife.ro, www.metropolitanlife.ro

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 (dacă este și Titular, se completează doar secțiunea 2)

Nume _____

Prenume _____

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

Act identitate Vârsta _____ CNP

Ocupația și numele angajatorului/Natura activității proprii _____

2. Titular persoană fizică (se completează atât când asiguratul este același cu titularul, cât și când titularul este diferit de asigurat)

Nume _____

Prenume _____

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

Act identitate 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 către reprezentantul legal)

Denumirea legală a Societății _____ Denumirea comercială a Societății _____

Țara de operare _____ Țara de înregistrare _____ CUI _____

Telefon _____ Telefon mobil _____

Adresa de înregistrare _____

Nume _____ Prenume _____

Data nașterii Țara și locul nașterii _____

Act identitate CNP

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

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	_____	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						_____
Soție	_____	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						_____
Copil 1	_____	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						_____
Copil 2	_____	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						_____
Copil 3	_____	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						_____
Copil 4	_____	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						_____

8. Suma de plată necesară pentru repunerea în vigoare

9. Data plății pentru repunerea în vigoare

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 vigoare³

- ☐ 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

Chestionarul medical din această cerere se completează exclusiv de Titular și doar în următoarele două cazuri: (1) în cazul în care Titularul este și Asigurat sau (2) Titularul este reprezentantul legal (părinte, tutore, curator) al Asiguratului, în cazul minorilor și persoanelor majore fără capacitate de exercițiu. În cazul în care Asiguratul este diferit de Titular sau în cazul în care sunt mai mulți Asigurați, fiecare Asigurat va completa și semna un chestionar medical distinct.

Nume Asigurat _____ CNP Asigurat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

În cazul Contractelor Suplimentare „Exonerare de la Plata Primelor” sau „Acordul de Protecție a Copilului”, se va completa chestionarul medical și pentru Titularul asigurării. În cazul în care există și alte persoane asigurate (Soț/Soție sau Copii), completarea chestionarului medical 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 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.

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 expuneri politice ulterioare sau a modificărilor informațiilor furnizate mai sus, mă oblig să anunț în scris Societatea.

³ 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 scadență 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.

Pentru Componenta de investiții Invest Plus: în primii 2 ani de valabilitate aceasta iese din vigoare la 75 zile de la ultima scadență neachitată, fără drept de repunere în vigoare. Poate fi repusă în vigoare numai în situația în care este contract liber de la plata primelor. Pentru produsul Wise simplu: în situația în care componenta de investiție a ieșit din vigoare/ a fost răscumpărată, polița nu mai poate fi repusă în vigoare.

A. Pentru produsul Wise Plan:

- În cazul în care suma asigurată pentru contractul de bază, per client, este mai mică de 65.000 RON, vă rugăm să completați tabelul cu înălțimea și greutatea și să răspundeți doar la primele 3 întrebări. În cazul în care suma asigurată depășește valoarea de 65.000 RON sau în cazul unui răspuns afirmativ la oricare din primele 3 întrebări, vă rugăm să completați chestionarul în totalitate.
- În cazul în care contractele suplimentare atașate contractului de bază acoperă doar evenimente cauzate de accident dar au sume asigurate de peste 1.500.000 RON per contract și client, vă rugăm să completați tabelul și să răspundeți la toate întrebările de mai jos.
- În cazul în care contractele suplimentare atașate contractului de bază acoperă și evenimentele cauzate de îmbolnăvire, indiferent de suma asigurată per contract și client, vă rugăm să completați tabelul și să răspundeți la toate întrebările de mai jos.

B. Pentru produsele Life, Capital, Junior, Protector:

- 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.

C. Pentru produsele Extramed, Ultramed și Smart Protect:

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

D. Pentru produsul Capital Single nu este necesar completarea chestionarului.

E. Pentru produsul Asigurarea pentru copii, completarea chestionarului medical este necesară doar pentru titular/rudă în cazul în care are atașat beneficiul de protecție a copilului. Dacă beneficiul este atașat atât pentru titular cât și pentru persoana desemnată ca și rudă, chestionarul medical se completează pentru ambele persoane.

F. Pentru produsele Wise simplu și Asigurare Așa cum vrei tu:

- Până la suma asigurată de 135.000 RON, pentru asigurarea de bază, per asigurat, se va completa tabelul G/H și primele 2 întrebări. În cazul unui răspuns afirmativ la una dintre întrebări, se va completa tot chestionarul medical;
- Peste suma de 135.000 RON, pentru asigurarea de bază, per asigurat, se va completa tot chestionarul medical.
- Dacă există în contract asigurare suplimentară de deces din orice cauză (beneficiu pentru co-asigurați) sau orice alt beneficiu ce acoperă îmbolnăvirea (asigurat sau co-asigurați) se va completa tot chestionarul medical.

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

Consimțământ de prelucrare a datelor privind sănătatea

(Este obligatoriu să dați acest consimțământ înainte de a da orice informații sau de a răspunde la orice întrebare din chestionar)
Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București ("Societatea"), folosește datele dumneavoastră așa cum este explicat în cele ce urmează și va fi "operatorul" datelor cu caracter personal pe care ni le furnizați sau pe care le colectăm despre dumneavoastră.

Vă solicităm consimțământul dumneavoastră în calitate de Asigurat sau de reprezentant legal al Asiguratului, în vederea prelucrării datelor personale privind sănătatea, pe care dumneavoastră ni le-ați furnizat sau pe care le veți furniza în viitor, în următoarele scopuri:

- să analizăm cererea dumneavoastră de asigurare;
- să încheiem contractul de asigurare;
- să vă emitem polița de asigurare;
- să vă administrăm contractul de asigurare; și
- să procesăm eventualele cereri de despăgubire primite de la dumneavoastră.

Prelucrarea poate include necesitatea de a împărtăși aceste date cu medici sau alți consultanți specializați care să ne ajute la a determina dacă acceptăm cererea dumneavoastră de asigurare, în administrarea contractului de asigurare ori la procesarea eventualelor cereri de despăgubire.

Nu aveți obligația de a ne consimțământul, însă în cazul în care nu îl veți da, va informăm ca nu vom putea încheia acest contract suplimentar de asigurare cu dumneavoastră și nici să, având în vedere că datele privind sănătatea sunt esențiale în încheierea și executarea contractului de asigurare.

Aveți dreptul să vă retrageți consimțământul în orice moment, prin transmiterea unei solicitări:

- la adresa de email: protectiadatelor@metropolitanlife.ro
- pe cale poștală la adresa: Bd. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București

Retragerea consimțământului presupune ca nu vă vom mai putea administra în continuare contractul de asigurare și pe cale de consecință acesta va înceta ca urmare a acestei solicitări unilaterale a dumneavoastră. Pot fi aplicate penalități pentru încetare anticipată prevăzute în termenii și condițiile de asigurare aplicabile. Retragerea consimțământului nu afectează legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia.

Dacă sunteți de acord cu cele menționate mai sus, vă rugăm să bifați caseta de mai jos:

☐ **Da, sunt de acord ca Societatea să prelucreze datele mele privind sănătatea în scopurile menționate mai sus.**

Politica noastră de prelucrare a datelor personale, care stabilește în detaliu modul în care folosim datele personale și drepturile dumneavoastră în legătură cu o astfel de utilizare este anexată la aceasta cerere.

Vă rugăm să confirmați că ați citit **Politica de prelucrare a datelor personale** bifând caseta de mai jos.

☐ **Da, confirm ca am citit Politica de prelucrare a datelor personale anexată la acest document**

Dacă aveți întrebări cu privire la consimțământul solicitat sau la utilizarea datelor dumneavoastră personale, vă rugăm să contactați responsabilul nostru cu protecția datelor la adresa de email: dpo@metropolitanlife.ro

Datele Asiguratului	
Înălțimea (cm)	
Greutatea (kg)	

1. Dumneavoastră vi s-a spus că sunteți infectați cu HIV/ SIDA, sunteți sau ați fost testat sau tratat 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**
☐ ☐
2. 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? ☐ ☐
3. Dumneavoastră 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, scooter sau ATV cu capacitate cilindrică mai mare de 125 cm³, 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? ☐ ☐
4. Dumneavoastră ați avut, aveți sau ați fost investigat ori tratat 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, consum de alcool (tip, cantitate, frecvență), droguri sau medicamente? ☐ ☐
5. Dumneavoastră:
 - a. Sunteți în acest moment sub observație medicală sau urmați vreun tratament (inclusiv medicamentos)? ☐ ☐
 - b. Ați fost vreodată internat sau ați suportat o intervenție chirurgicală? ☐ ☐
6. 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 ☐ ☐
7. Dumneavoastră 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 numărul și litera întrebării, data debutului, tratamentul recomandat și cel efectuat, diagnosticul, rezultatele investigațiilor, evoluție, stare actuală). Vă rugăm să 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.

Pentru produsele Wise Simplu și Asigurarea Așa cum vrei tu, pentru ca polița de asigurare să poată fi repusă în vigoare este necesară atingerea unui prag minim de primă. Aceste praguri sunt specificate în condițiile contractuale.

Acord de marketing

Pentru a putea rămâne în contact cu dumneavoastră și pentru a vă putea oferi informații de interes despre produsele, serviciile și activitatea Societății, vă rugăm să bifați casetele corespunzătoare privind modalitatea prin care preferați să le primiți:

Posta ☐ **Email** ☐ **Telefon** ☐ **SMS** ☐ **Toate** ☐

Societatea acordă o deosebită importanță confidențialității și securității informațiilor dumneavoastră personale și se angajează să protejeze toate datele pe care le furnizați.

Cu acordul dumneavoastră, dorim să împărtășim informațiile dumneavoastră personale cu companii din grupul MetLife inc..

Înscrieți-mă pentru a primi comunicări despre produse, oferte speciale sau servicii de la Metropolitan Life Societate de Administrare a unui Fond de Pensii Administrat Privat S.A., prin:

Posta ☐ **Email** ☐ **Telefon** ☐ **SMS** ☐ **Toate** ☐

Dacă vă răzgândiți și doriți să vă actualizați preferințele de marketing în orice moment, printr-o solicitare transmisă oricare dintre următoarele modalități:

- la adresa de email: protectiadatelor@metropolitanlife.ro ;
- la numărul de telefon: +4.021.208.4100;
- pe cale poștală la adresa: Bd. Lascar Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, Bucuresti.

Politica noastră de prelucrare a datelor personale, care stabilește în detaliu modul în care folosim datele dumneavoastră personale și drepturile dumneavoastră în legătură cu o astfel de utilizare este anexată la acest document.

Vă rugăm să confirmați că ați citit **Politica de prelucrare a datelor personale** bifând caseta de mai jos.

☐ **Da, confirm ca am citit Politica de prelucrare a datelor personale anexată la acest document**

Dacă aveți întrebări cu privire la consimțământul solicitat sau la utilizarea datelor dumneavoastră personale, vă rugăm să contactați responsabilul cu protecția datelor la adresa de email: dpo@metropolitanlife.ro

FATCA si CRS

Acordul FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) ratificat de România este un acord internațional prin care se stabilește obligația instituțiilor financiare din România să raporteze către administrația fiscală americană (IRS) veniturile obținute de contribuabilii americani în România.

Mă oblig să pun la dispoziția Societății, să actualizez declarația pe propria răspundere și documentația necesară stabilirii statutului de conformitate cu FATCA referitoare la cetățenie, 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. De asemenea, mă oblig să completez sau să pun la dispoziție orice alt document solicitat de Societate în scopul certificării statutului de conformitate FATCA.

CRS se refera la normele de raportare și de precauție prevăzute de Codul de Procedură Fiscală care impune societăților de asigurări (Instituții Financiare Raportoare) colectarea și păstrarea unor informații și documente de la deținătorii și beneficiarii contractelor de asigurare (beneficiarii plăților efectuate de către Societate) care au rezidență fiscală într-un stat membru al Spațiului Economic European sau într-un stat semnatar al Acordului multilateral al Autorităților competente pentru schimb automat de informații cu privire la conturi financiare din data 29 octombrie 2014 și transmiterea informațiilor către autoritățile fiscale.

Mă oblig să pun la dispoziția Societății orice informații, documente, declarații necesare respectării de către Societate a prevederilor Codului de Procedură Fiscală și a normelor emise în aplicarea acestuia.

Mă oblig să respect prevederile de mai sus: (i) în timpul executării contractelor, (ii) în urma primirii solicitării de la Societate și (iii) imediat după intervenirea vreunei schimbări cu privire la informațiile anterior furnizate Societății. Voi informa Societatea în scris și voi completa o nouă declarație, într-un termen de maxim 90 de zile de la momentul în care a intervenit modificarea.

Societatea își rezervă dreptul de a rezilia unilateral contractul în situația în care informațiile/documentația necesară, menționată în prezenta secțiune, nu este furnizată de către Persoana propusă spre asigurare/ Solicitantul asigurării.

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.

Data:

Semnătura Asiguratului
(Numele, prenumele și semnătura va fi a reprezentantului legal al Asiguratului, în cazul în care chestionarul a fost completat de acesta)

Semnătura Titularului:

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 cazul în care răspunsurile nu au fost consemnate de mine personal în aceasta cerere de asigurare, certific prin semnarea cererii verificarea și corectitudinea acestora.

Confirm că îmi asum orice informații privind starea mea de sănătate furnizate cu ocazia oricăror altor polițe de asigurare, aflate în vigoare sau nu, și care au dus la: acceptarea sau respingerea cererii de asigurare, aplicarea de extraprimă, aplicarea de excluderi, modificarea asigurării sau solicitarea de despăgubiri, informații care pot fi utilizate de Societate, însă nu sunt considerate ca acceptate de Societate, dacă nu sunt incluse în această cerere de asigurare.

În cazul în care ați furnizat date personale despre alte persoane în acest document, dumneavoastră confirmați că ați obținut consimțământul acestor persoane cu privire la procesarea și transferul datelor lor personale către Societate în condițiile menționate în acest document și vă asumați integral răspunderea cu privire la această confirmare.

Autorizare pentru transmiterea de informații personale

Îmi exprim acordul ca orice medic și unitate medicală din cadrul sistemului medical public și privat, inclusiv unități medico-legale, comisii de expertiză și orice alte instituții, să comunice Societății, la solicitarea acesteia, informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale (inclusiv informații despre tratamente și investigații medicale, consultații, internări), respectiv informațiile despre starea de sănătate și datele medicale ale persoanei a cărei reprezentant legal, împreună cu copiile oricăror documente aferente sau din care reies aceste informații, în vederea stabilirii și plății indemnizațiilor de asigurare.

Îmi exprim acordul ca orice companie de asigurări, unitățile de poliție, unitățile de pompieri și orice alte autorități publice să comunice Societății, la solicitarea acesteia, orice informații, actele și datele cu privire la cauzele și împrejurările producerii riscurilor asigurate și la prejudiciile provocate (inclusiv vătămări corporale/îmbolnăviri), în vederea stabilirii și plății indemnizațiilor de asigurare.

O fotocopie a acestei autorizații are aceeași validitate ca și originalul.

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), Miriam Sweeney (Irlandeză), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Dirk Ostijn (Belgiană), Ruairí O’Flynn (Irlandeză), 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