

Formular pentru adăugarea beneficiilor suplimentare

Înregistrarea solicitării tale va fi confirmată printr-un SMS la numărul de contact comunicat de tine.

Mai rapid și mai simplu! Dacă ai **cumpărat polița prin procesul digital**, te rugăm să ne trimiți solicitarea de pe **adresa de e-mail pe care ne-ai comunicat-o la momentul încheierii asigurării**. În acest caz, **nu mai este necesară semnătura olografă** (de mână) pe document.

Acest formular va fi completat de **Titularul poliței și Persoana/-ele propusă/-e spre asigurare**. În cazul în care Titularul este persoană juridică, va fi completat de către reprezentantul legal.

Pentru procesarea solicitării, te rugăm să ne transmiți, la adresa client@metropolitanlife.ro **copiile cărților de identitate** ale Titularului și Persoanei/-lor propusă/-e spre asigurare sau a reprezentantului legal, în cazul titularului persoană juridică. Beneficiile pot fi adăugate doar pentru persoane care au rezidența principală în România.

Număr poliță: Scadența*: Cod Agent de asigurare:

*Data scadență de la care se adaugă beneficiile suplimentare solicitate. **Scadența poliței poate fi doar în viitor, raportată la data la care semnezi această cerere.**

1. Date de identificare Titular

Numele/denumirea Titularului: _____

CNP/CUI/CIF: _____ Telefon: _____ e-mail: _____

Adresa de domiciliu: _____

Adresa de corespondență: _____

Țara de rezidență fiscală: _____ *NIF în țara/ țările de rezidență: _____

Cetățenia/cetățeniile: _____ Ocupația și numele angajatorului: _____

Venitul anual al Titularului: _____ Sursa veniturilor: _____

* NIF - înseamnă număr de identificare fiscală (sau echivalentul său funcțional dacă nu există un număr de identificare fiscală).

2. Persoanele propuse spre asigurare

Nume și prenume	CNP	Relația cu Persoana asigurată	Ocupația	Semnătura

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: Tony O’Riordan(Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Nuria Garcia (Spaniolă), Ruairi O’Flynn (Irlandeză), Merrilee Matchett (Australiană), Carmina Dragomir (Română) și Deirdre Flannery (Irlandeză). Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J2016000135406 și CUI 35383464

3. Adăugare beneficii de protecție

Te rugăm să bifezi opțiunile dorite și să completezi sumele asigurate.
Pentru beneficiile care acoperă îmbolnăvirea te rugăm să completezi separat chestionarul stării de sănătate împreună cu Persoana/-ele propusă/-e spre asigurare.

Bifează	Numele beneficiilor	Persoana asigurată	Suma asigurată (lei)
☐	Exonerare de la plata primelor/acordul de protecție a copilului		
☐	Spitalizare în caz de accident (din prima zi)		
☐	Spitalizare în caz de accident (din ziua a patra)		
☐	Spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire (din prima zi)		
☐	Spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire (din ziua a patra)		
☐	Beneficii chirurgicale în caz de accident		
☐	Beneficii chirurgicale în caz de accident sau îmbolnăvire		
☐	Deces ca urmare a unui accident		
☐	Deces din orice cauză (ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri) cu durata de _____ ani		
☐	Invaliditate permanentă ca urmare a unui accident		
☐	Beneficii pentru fracturi și arsuri în caz de accident		
☐	Top Protect		
☐	Smart Protect		
☐	Creștere beneficiu existent:		
☐	Alt beneficiu:		
☐	Alt beneficiu:		

Analiză a nevoilor

Consideri că beneficiul bifat în tabelul de mai sus este potrivit nevoilor tale actuale și poți susține financiar plata primei suplimentare, pentru adăugarea acestuia? **DA** ☐ **NU** ☐

4. Adăugare beneficii de protecție – doar pentru produsele Dublu liniștit și Să fii bine

Te rugăm să bifezi opțiunile dorite și să completezi sumele asigurate.
Pentru beneficiile care acoperă îmbolnăvirea te rugăm să completezi separat chestionarul stării de sănătate împreună cu Persoana/-ele propusă/-e spre asigurare.

Bifează	Numele beneficiilor	Persoana asigurată	Suma asigurată (lei)
☐	Spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire - coasigurat adult/copil		
☐	Intervenție chirurgicală în caz de accident sau îmbolnăvire - coasigurat adult/copil		
☐	Rambursarea cheltuielilor pentru investigații medicale - coasigurat adult/copil		
☐	Indemnizație de convalescență ca urmare a unei spitalizări		
☐	Indemnizație de spitalizare pentru însoțitor pentru copiii de până la 14 ani		
☐	Afecțiuni oncologice - coasigurat adult/copil		
☐	Patru afecțiuni grave		
☐	Număr extins de afecțiuni grave		
☐	Îngrijiri paliative rezultate în urma afecțiunilor oncologice		
☐	Invaliditate totală și permanentă cauzată de afecțiuni oncologice		
☐	Top Protect		
☐	Creștere beneficiu existent:		

Analiză a nevoilor

Consideri că beneficiul bifat în tabelul de mai sus este potrivit nevoilor tale actuale și poți susține financiar plata primei suplimentare, pentru adăugarea acestuia? **DA** ☐ **NU** ☐

5. Adăugare clauze investiționale (Te rugăm să bifezi opțiunea dorită).

Bifează	Numele beneficiului	Suma
☐	Invest Extra (a se anexa oferta de asigurare) - pentru produsele care au o componentă Unit Linked**	
☐	Invest Plus (a se anexa oferta de asigurare) - pentru produsele Asigurarea așa cum vrei tu, Asigurarea pentru copii, Dr. Kid	
☐	Primă specială pentru investiții, minim 700 Lei - pentru produsele care au Cont Special de investiții	

* În cazul în care valoarea Componentei de investiții Invest Extra diferă cu +/- 100 RON față de suma din ofertă, declar că sunt de acord ca beneficiul Invest Extra să fie adăugat automat cu suma rezultată, fără refacerea ofertei.

** Proveniența sumei: ☐ Transfer bancar ☐ Transfer de pe poliță: _____ ☐ Altele: _____

Pentru a adăuga clauzele investiționale, este necesar să completezi împreună cu consultantul tău de asigurare atât „Formularul de analiză a necesităților”, cât și „Chestionarul de durabilitate”. În cazul Invest Extra, dacă ai completat un astfel de document în ultimele 6 luni, nu mai este necesar să îl completezi din nou.

Beneficiar real¹ (doar pentru persoane juridice) _____

Ești persoană expusă public² DA ☐ NU ☐

Dacă ești persoană expusă public, te rugăm să ne furnizezi funcția publică _____

În cazul unei expunerii publice ulterioare sau a modificării informațiilor furnizate mai sus, este obligatorie anunțarea în scris a Societății.

Prelucrarea datelor cu caracter personal

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București („Societatea”), cu sediul în Bd. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București este operatorul datelor cu caracter personal pe care ni le furnizezi sau pe care le colectăm despre tine. Politica noastră de prelucrare a datelor personale, care stabilește în detaliu modul în care folosim datele tale personale și drepturile tale în legătură cu o astfel de utilizare este anexată acestui document. O găsești și pe website-ul nostru www.metropolitanlife.ro.

În cazul în care ai furnizat date personale despre alte persoane în acest document, confirmi că ai obținut consimțământul acestor persoane cu privire la prelucrarea și transferul datelor lor personale către Societate în condițiile menționate în acest document și îți asumi integral răspunderea cu privire la această confirmare.

Acord de marketing

Sunt de acord în mod expres și neechivoc să primesc comunicări de marketing din partea Metropolitan Life și înțeleg că datele mele personale vor fi prelucrate în scop de marketing pentru crearea de profiluri doar pentru scopul de a îmi oferi produse și servicii adecvate.

DA ☐ NU ☐

Dacă te răzgândești, poți actualiza preferințele de marketing în orice moment, printr-o solicitare transmisă la e-mail protectiadatelor@metropolitanlife.ro sau prin poștă la adresa sediului Societății.

Te rugăm să confirmi că ai citit Politica de prelucrare a datelor personale, bifând caseta de mai jos.

☐ **Da, confirm că am citit Politica de prelucrare a datelor personale anexată acestui document.**

Dacă ai întrebări cu privire la consimțământul solicitat sau la utilizarea datelor tale personale, te rugăm să contactezi responsabilul cu protecția datelor la adresa de e-mail dpo@metropolitanlife.ro.

Informații privind Agentul de asigurare:

Numele și Prenumele: _____ Cod Agent de asigurare: _____

Adresa de e-mail: _____

Agentul de asigurare desfășoară activitatea de intermediere în asigurări conform prevederilor legale aplicabile în vigoare, având încheiat în acest sens un contract de agent de asigurare cu Societatea.

Verificarea înscrierii agentului de asigurare în Registrul intermediarilor în asigurări se poate efectua pe pagina oficială de internet a Autorității de Supraveghere Financiară, accesând următoarele link-uri:

- <https://asfromania.ro/supraveghere/registre-electronice/registrul-intermediarilor/dupa-16-09-2019>
- www.metropolitanlife.ro

Agentul de asigurare oferă consultanță pentru produsele din următoarele clase de asigurări, conform Anexei 1 a Legii nr. 237/2015: C1 Asigurări de viață, anuități și asigurări de viață suplimentare; C3 Asigurări de viață și anuități care sunt legate de fonduri de investiții; A1 Asigurări de accidente; A2 Asigurări de sănătate - contracte de asigurare intermediare doar pentru Societate.

Societatea plătește agentului de asigurare un comision de intermediere, raportat la produsul de asigurare vândut.

Agentul de asigurare nu deține, direct sau indirect, drepturi de vot sau acțiuni ori părți sociale care cumulate să reprezinte cel puțin 10% din capitalul social al Societății, ori care îi conferă acestuia cel puțin 10% din totalul drepturilor de vot în adunarea generală a acționarilor ori asociaților Societății.

Societatea nu deține, direct sau indirect, drepturi de vot sau acțiuni ori părți sociale, care cumulate să reprezinte cel puțin 10% din capitalul social al Agentului de asigurare persoană juridică, ori care îi conferă Societății cel puțin 10% din totalul drepturilor de vot în adunarea generală a acționarilor ori asociaților Agentului de asigurare persoană juridică.

¹Beneficiar real – orice persoană fizică ce deține sau controlează în cele din urmă clientul și/sau persoana fizică în numele căruia/căreia se realizează o tranzacție, o operațiune sau o activitate. Definiția se completează cu prevederile legislației pentru prevenirea și combaterea spălării banilor și finanțării terorismului.

²Persoanele expuse public sunt persoanele fizice care exercită sau au exercitat funcții publice importante, membrii familiilor acestora, precum și persoanele cunoscute public ca asociați apropiați ai persoanelor expuse public.

Important

Prin semnarea acestui formular îți asumi/vă asumați responsabilitatea pentru toate declarațiile și răspunsurile furnizate. Contractele suplimentare pe care dorești să le adaugi nu intră în vigoare până când adăugarea acestora nu va fi acceptată de către Societate, iar prima inițială totală a fost plătită în timpul vieții persoanei propuse spre asigurare și fără modificarea stării ei de sănătate.

Totodată, certifică faptul că ai primit, citit și acceptat:

- un exemplar al Formularului pentru adăugarea beneficiilor suplimentare;
- un exemplar al Formularului de Analiză a Nevoilor (FAN);
- un exemplar al condițiilor contractuale aferente beneficiilor suplimentare pe care ai optat să le adaugi la contractul de asigurare prin acest formular;
- un exemplar al documentului/documentelor de informare privind produsul de asigurare (PID) în funcție de beneficiile de protecție pe care dorești să le adaugi;
- un exemplar al prospectului/prospectelor programelor de investiții și Documentele cu informații esențiale, în cazul adăugării clauzelor investiționale.

De asemenea, te informăm că toate chestionarele privind starea de sănătate a persoanei propuse spre asigurare fac parte din contractul de asigurare.

Prin semnarea acestui formular declari că ești de acord ca datele de contact precizate în acesta să fie actualizate automat pe toate contractele deținute și utilizate de către Societate pentru a-ți transmite informații uzuale despre contractul de asigurare, informații obligatorii conform legislației în vigoare. Societatea își declină orice responsabilitate în cazul în care datele de contact furnizate sunt eronate sau incomplete și informațiile transmise ajung la persoane neautorizate.

Societatea poate transmite răspunsul la solicitarea ta prin poștă, e-mail sau SMS. În cazul în care timp de 30 de zile nu primești răspunsul nostru, te rugăm să ne contactezi.

Suntem aici pentru tine:

- www.metropolitanlife.ro;
- [Customer Support](#) (Relații Clienți) Tel.: (+4) 021 208 4100. Pentru detalii legate de program, te rugăm să accesezi www.metropolitanlife.ro;
- **e-mail:** client@metropolitanlife.ro;
- **Poștă:** B-dul Lascăr Catargiu, Nr. 47-53, Sector 1, București, Cod 010665.



Platforma online e-Customer
(client.metropolitanlife.ro)



Platforma online e-Claims
(pentru despăgubiri,
despagubiri.metropolitanlife.ro)

Numele și semnătura Titularului poliței /Reprezentantului legal al Titularului:	Numele și semnătura Persoanei asigurate:	Numele și semnătura Agentului de asigurare:

Data:

Acest document poate fi semnat fie cu semnătură olografă prin listarea și semnarea acestui document, fie cu semnătură electronică certificată.

*Politica de prelucrare a datelor personale are scop informativ și **nu este necesar să o reanexezi acestui formular atunci când trimiți solicitarea.***

Chestionar de sănătate

Se va completa chestionar separat pentru fiecare persoană propusă spre asigurare:

Indicații pentru completarea chestionarului

Acest chestionar se va completa și semna, sau consimți prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanță puse la dispoziție de către persoana propusă spre asigurare, cu excepția minorilor și persoanelor fără discernământ, pentru care completarea și semnarea sau consimțirea prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanță a chestionarului se va face de către reprezentantul legal (părinte, tutore, curator).

A. Pentru produsele Wise Simplu și Asigurarea Așa cum vrei tu:

- În cazul în care suma asigurată pentru contractul de bază, per asigurat, este mai mică de 135.000 RON, te rugăm să completezi înălțimea și greutatea și să răspunzi doar la primele 2 întrebări. În cazul unui răspuns afirmativ la una dintre întrebări, se va completa tot chestionarul medical. În cazul în care suma asigurată depășește 135.000 RON, pentru asigurarea de bază, per asigurat, se va completa tot chestionarul medical.

B. Pentru produsul 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 răspunzi 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, te rugăm să răspunzi la toate întrebările de mai jos.

În cazul în care contractele suplimentare atașate contractului de bază acoperă și evenimente cauzate de îmbolnăvire, indiferent de suma asigurată, te rugăm să răspunzi la toate întrebările de mai jos.

C. Pentru produsele Extramed, Ultramed, Smart Protect, Dublu liniștit și Să fii bine, indiferent de valoarea sumelor asigurate, te rugăm să răspunzi la toate întrebările de mai jos.

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

E. Pentru produsul Wise Rapid, nu este necesară completarea chestionarului.

Nume și prenume _____ Înălțimea(cm) _____ Greutatea(kg) _____

În cazul declarației completate de către reprezentantul legal al persoanelor propuse spre asigurare, răspunsul la aceste întrebări se referă la persoana reprezentată de acesta.

1. În ultimii 2 ani, indiferent de gravitatea afecțiunii, ai folosit medicamente prescrise în mod regulat (pentru alte afecțiuni decât gripa sau răceală), ai consultat un medic sau ai primit îngrijiri ori recomandări medicale? ☐ DA ☐ NU
2. Practici sau intenționezi să practici un sport profesionist sau orice altă activitate sportivă menționată în termenii și condițiile contractuale la capitolul excluderi? ☐ DA ☐ NU
3. Ai avut, ai sau ai fost investigat ori tratat în ultimii 7 ani pentru oricare dintre următoarele afecțiuni:
 - a. Cancer? ☐ DA ☐ NU
**Ai dreptul de a nu declara afecțiunea oncologică dacă a trecut un termen de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic, iar în cazul persoanelor diagnosticate înainte de vârsta de 18 ani, dacă a trecut un termen de 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic.*
 - b. Tumori, polipi, chisturi sau alte formațiuni tumorale, afecțiuni ale sângelui/ măduvei spinării (altele decât cancer) sau boli infecțioase? ☐ DA ☐ NU
 - c. Infarct, angină pectorală, sufluri cardiace, reumatism articular, hipertensiune arterială, valori crescute ale colesterolului sau orice altă afecțiune a aparatului circulator sau cardiovascular? ☐ DA ☐ NU
 - d. Orice formă de diabet, hepatite, orice afecțiuni ale ficatului, pancreasului, stomacului, intestinului subțire sau gros sau afecțiuni renale? ☐ DA ☐ NU
 - e. Afecțiuni ale plămânilor sau ale aparatului respirator precum și ale aparatului endocrin și ale aparatului genital/ urinar? ☐ DA ☐ NU
 - f. Accident vascular cerebral, infarct cerebral, amețeli, leșin, pierderea conștienței, paralizii sau orice alte afecțiuni ale sistemului nervos? ☐ DA ☐ NU
 - g. Afecțiuni mintale, anxietate, depresii, boli psihice, consum de alcool (tip, cantitate, frecvență) sau medicamente? ☐ DA ☐ NU
4. a. Ești în acest moment sub observație medicală sau urmezi vreun tratament (inclusiv medicamentos)? ☐ DA ☐ NU
b. În ultimii 7 ani, ai fost internat sau ai suportat o intervenție chirurgicală? ☐ DA ☐ NU
5. În ultimele 24 de luni ai fumat țigări, țigarete, pipă sau ai folosit orice alt produs din tutun? Dacă da, te rugăm să precizezi consumul zilnic ☐ DA ☐ NU

Te rugăm să furnizezi 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). Te rugăm să anexezi documente referitoare la aceste situații:

DECLARAȚIILE SOLICITANTULUI ȘI PERSOANEI PROPUSE SPRE ASIGURARE

Confirm că am citit, am luat la cunoștință și sunt de acord cu termenii și condițiile asigurării alese de mine (asigurare de bază și clauze suplimentare, după caz). Sunt de acord că acești termeni și condiții reprezintă clauzele contractului de asigurare. Sunt de acord cu faptul că în cuprinsul acestor termeni și condiții ai asigurării, precum și în cuprinsul prezentei cereri sunt incluse și informațiile preconcontractuale prevăzute de legislația în vigoare aplicabilă domeniului asigurărilor și confirm că le-am citit și le-am luat la cunoștință înainte de formularea prezentei cereri și le accept în integralitate.

Termenii și condițiile de asigurare aferente contractului de asigurare sunt:

- Condițiile Generale;
- Condițiile Contractelor suplimentare.

Declar că am primit și înțeleg că următoarele documente formează contractul de asigurare și fac parte integrantă din acesta: prezenta cerere de asigurare, Termenii și condițiile de asigurare menționați mai sus, Formularul de Analiză a Cerințelor și Nevoilor Contractanților, Evaluarea caracterului adecvat al produsului de asigurare (dacă este aplicabil tipului de asigurare ales) și soluția/ recomandarea de asigurare.

Declar că am înțeles pe deplin asigurarea aleasă de mine în cunoștință de cauză precum și, în cazul în care asigurarea are componentă de investiții, declar că am înțeles mecanismul investițional, că am ales programul de investiții aferent, în funcție de obiectivele mele financiare și că am solicitat și am obținut de la reprezentanții Societății toate lămuririle necesare.

Declar că am luat la cunoștință și sunt de acord în mod expres cu faptul că Societatea poate modifica oricând unilateral acele clauze din termenii și condițiile asigurării care prevăd o astfel de posibilitate, clauze pe care le-am citit și le cunosc. Declar că înțeleg și sunt de acord ca astfel de modificări să îmi fie aduse la cunoștință după caz, astfel cum se prevede în acele clauze, prin: (i) publicarea pe pagina de internet a Societății ori (ii) prin transmiterea de Societate a unei notificări scrise către Solicitantul asigurării, anterior intrării în vigoare a modificărilor.

Prelucrarea datelor cu caracter personal

Societatea este operatorul datelor cu caracter personal pe care ni le furnizezi sau pe care le colectăm despre tine.

Informații detaliate privind modul în care Societatea folosește datele personale și drepturile în legătură cu o astfel de utilizare sunt prevăzute în **Politica de prelucrare a datelor personale**, care ți-a fost comunicată împreună cu soluția/recomandarea de asigurare. Acestea sunt disponibile și pe site-ul societății www.metropolitanlife.ro.

Părțile sunt de acord ca încheierea contractului de asigurare și documentele ce fac parte integrantă, poate fi consimțită atât prin semnarea olografă, în rubrica destinată semnării de către părți, cât și prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanță.

Precizează venitul anual al Solicitantului Asigurării¹: _____

Beneficiar real²: _____

În cazul în care ești persoană expusă public³ te rugăm să ne furnizezi următoarele informații:

Funcția publică: _____

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

Data semnării cererii:

Nume-Prenume

Nume-Prenume

Nume-Prenume

Semnătură

Semnătură Persoană/-e

Semnătură Agent:

Solicitantul asigurării:

propusă/-e spre asigurare*:

* Pentru minori și persoane fără discernământ se semnează sau consimte prin mijloace de comunicare la distanță de către reprezentantul legal (părinte, tutore, curator).

* Pentru persoane juridice se semnează sau se consimte prin mijloace de comunicare la distanță reprezentantul legal.

Acest document poate fi semnat fie cu semnătură olografă prin listarea și semnarea acestui document, fie cu semnătură electronică certificată.

¹În cazul modificării informațiilor furnizate, mă oblig să anunț în scris Societatea.

²**Beneficiar real** – orice persoană fizică ce deține sau controlează în cele din urmă clientul și/sau persoana fizică în numele căruia/căreia se realizează o tranzacție, o operațiune sau o activitate. Definiția se completează cu prevederile legislației pentru prevenirea și combaterea spălării banilor și finanțării terorismului.

³**Persoanele expuse public** sunt persoanele fizice care exercită sau au exercitat funcții publice importante, membrii familiilor acestora, precum și persoanele cunoscute public ca asociați apropiați ai persoanelor expuse public. În cazul unei expuneri politice ulterioare sau a modificărilor informațiilor furnizate mai sus, mă oblig să anunț în scris Societatea.

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: Tony O’Riordan (Irish), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Nuria Garcia (Spaniolă), Ruairí O’Flynn (Irlandeză), și Merrilee Matchett (Australiană).

Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464