

## Formular de repunere în vigoare a poliței

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) asigurată/(e)**.

În cazul în care Titularul este persoană juridică, va fi completat de reprezentantul legal.

Pentru procesarea solicitării, te rugăm să ne transmiți la adresa [client@metropolitanlife.ro](mailto:client@metropolitanlife.ro) **copia cărții de identitate** a titularului sau a reprezentantului legal, în cazul titularului persoană juridică.

Număr poliță:  Cod Agent de asigurare/ Intermediar în asigurări:

### 1. Date de identificare Titular

Numele/ denumirea Titularului: \_\_\_\_\_

CNP/ CUI: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Țara de rezidență fiscală: \_\_\_\_\_ \*NIF în țara/ țările de rezidență: \_\_\_\_\_

Cetățenia /cetățeniile: \_\_\_\_\_

Adresa de corespondență: \_\_\_\_\_

Venitul anual al Titularului: \_\_\_\_\_ Ocupația: \_\_\_\_\_

Numele angajatorului / natura activității proprii: \_\_\_\_\_

### 2. Date de identificare Persoană asigurată

Numele Persoanei asigurate: \_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_

Țara de rezidență fiscală: \_\_\_\_\_ NIF\* în țara/ țările de rezidență: \_\_\_\_\_

Adresa de corespondență\*\* \_\_\_\_\_

Ocupația și numele angajatorului / natura activității proprii: \_\_\_\_\_

### 3. Persoanele coasigurate

Nume și prenume	CNP	Relația cu Persoana asigurată	Ocupația	Semnătura

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

\*\*Dacă adresa de corespondență este în altă țară, diferită de România, vă rugăm să completați și Declarația de Domiciliu secundar de mai jos.

## Declarație:

Aceasta este o declarație pe propria răspundere a **persoanei/ persoanelor asigurate/ co-asigurate** și te rugăm să bifezi una dintre opțiunile de mai jos:

**Starea ta de sănătate s-a modificat pe perioada cât contractul de asigurare nu a fost în vigoare, față de momentul inițial la care polița de asigurare a fost emisă (sau după caz, de la ultima repunere în vigoare\*\*)?**

(Inclusiv greutatea cu o diferență începând de la plus / minus 10 kg)

DA  NU

*\*Dacă răspunsul pentru întrebarea de mai sus este "DA" te rugăm să completezi separat chestionarul stării de sănătate. Starea de sănătate se va completa pentru fiecare persoană asigurată în parte existentă pe polița de asigurare.*

*\*Dacă răspunsul pentru întrebarea de mai sus este "NU", nu este necesar să completezi chestionarul stării de sănătate.*

**Ocupația ta s-a modificat pe perioada cât contractul de asigurare nu a fost în vigoare, față de momentul inițial la care polița de asigurare a fost emisă (sau după caz, de la ultima repunere în vigoare\*\*) în sensul de a deveni angajat al unei structuri MAPN/MAI/SRI/SPP?**

DA  NU

Noua ocupație \_\_\_\_\_

*\*\*Repunere în vigoare așa cum este definită în Condițiile și Clauzele Generale ale asigurării*

## Declarație domiciliu secundar\*

Declar pe proprie răspundere că adresa de corespondență menționată mai sus \_\_\_\_\_

reprezintă locuința secundară, unde locuiesc temporar pe perioada șederii în \_\_\_\_\_

Dacă nu ne poți transmite NIF, te rugăm să ne comunici motivul \_\_\_\_\_

*\*Se completează doar dacă adresa de corespondență este în altă țară, diferită de România.*

*\*În cazul în care Titularul poliței este diferit de Asigurat, respectiv de co-Asigurat, fiecare dintre persoanele incluse în asigurare vor completa câte o declarație.*

## FATCA, CRS și AML

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 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.

AML se referă la legislația pentru prevenirea și combaterea spălării banilor și finanțării terorismului care impune societăților de asigurări colectarea și păstrarea unor informații și documente de la deținătorii și beneficiarii contractelor de asigurare. Mă oblig să pun la dispoziția Societății orice informații, documente, declarații necesare respectării de către Societate a prevederilor legale privind prevenirea și combaterea spălării banilor și finanțării terorismului. În cazul în care pe parcursul derulării contractului de asigurare oricare din informațiile furnizate în prezenta cerere de asigurare se modifică mă oblig să furnizez Societății informațiile actualizate.

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.

În situația în care soliciți repunerea în vigoare și pentru beneficiul **Top Protect** (în situația în care este anexat pe poliță):

- Dacă polița de asigurare este în primele 90 de zile de la scadența neachitată, este necesar să achiți toate primele restante pentru acest beneficiu;
- Dacă polița de asigurare este între 90 de zile - 1 an de la scadența neachitată, este necesar să achiți toate primele restante pentru acest beneficiu și să completezi Anexa Top Protect ce cuprinde chestionarul medical;
- Dacă polița de asigurare are mai mult de 1 an de la scadența neachitată, beneficiul Top Protect nu poate fi repus în vigoare. În situația în care dorești acest beneficiu, îl poți adăuga dacă acesta este disponibil la vânzare.

Prin semnarea acestui formular declari că ești de acord cu repunerea în vigoare a poliței de asigurare.

**Beneficiar real**<sup>1</sup> (doar pentru persoane juridice) \_\_\_\_\_

**Ești persoană expusă public**<sup>2</sup> 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, mă oblig să anunț în scris Societatea.

În cazul în care polița pentru care se solicită repunerea în vigoare are un Contract Suplimentar de tip Unit Linked atașat, te rugăm să bifezi varianta corespunzătoare.

**Repunere în vigoare cu Contract Suplimentar Unit Linked atașat**

**Repunere în vigoare fără Contract Suplimentar Unit Linked atașat** (acest lucru nu este posibil pentru asigurarea Wise Simplu)

### 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](http://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 email [protectiadatelor@metropolitanlife.ro](mailto: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 email [dpo@metropolitanlife.ro](mailto:dpo@metropolitanlife.ro).

### Important

Prin semnarea acestui formular îți asumi/vă asumați responsabilitatea pentru toate declarațiile și răspunsurile furnizate. Polița de asigurare nu este repusă în vigoare până când Societatea nu își dă acordul scris, iar suma necesară repunerii în vigoare a fost plătită în timpul vieții Persoanei/(lor) asigurate și fără modificarea stării ei/(lor) de sănătate.

Totodată, certifică faptul că ai primit, citit și acceptat un exemplar al acestui formular de repunere în vigoare a poliței.

Totodată, te informăm că toate chestionarele privind starea de sănătate a persoanei/(lor) asigurate fac parte din contractul de asigurare.

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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.

Prin semnarea acestui formular declari că ești de acord ca datele de contact precizate în acesta să fie utilizate de 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, email 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](http://www.metropolitanlife.ro);
- [Facebook sau LinkedIn](#) (nume: Metropolitan Life);
- [platforma online e-Customer](#) ([client.metropolitanlife.ro](http://client.metropolitanlife.ro));  
sau [e-Claims](#) (pentru despăgubiri, [despagubiri.metropolitanlife.ro](http://despagubiri.metropolitanlife.ro));
- [Customer Support](#) (Relații Clienți) Tel.: (+4) 021 208 4100. Pentru detalii legate de program, te rugăm să accesezi [www.metropolitanlife.ro](http://www.metropolitanlife.ro);
- **E-mail:** [client@metropolitanlife.ro](mailto:client@metropolitanlife.ro);
- **Poștă:** B-dul Lascăr Catargiu, Nr. 47-53, Sector 1, București, Cod 010665.

<b>Semnătura și numele Titularului poliței / Reprezentantului legal al Titularului</b>	<b>Semnătura și numele Persoanei asigurate:</b>	<b>Semnătura și numele Agentului de asigurare / Intermediar în asigurări:</b>
--	---	---

**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.***

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), Conall Murphy (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Eilish Finan (Irlandeză), Nuria García ( Spaniolă), Ruairi 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

# 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 și Smart Protect,** 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 și 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 DA NU decât gripa sau răceală), ai consultat un medic sau ai primit îngrijiri ori recomandări medicale? .....
2. Practici sau intenționezi să practici una din următoarele activități periculoase: box, alpinism, scufundări, folosirea parașutei, parapantei sau deltaplanului, pilotarea unui avion sau a oricărui alt dispozitiv aerian, sporturi extreme, orice cursă motorizată pe uscat, apă sau aer, competiție sau antrenament sau un sport profesionist? .....
3. Ai avut, ai sau ai fost investigat ori tratat în ultimii 7 ani pentru oricare dintre următoarele afecțiuni:
  - a. Cancer? .....    
*\*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? .....
  - c. Infarct, angină pectorală, sufluri cardiace, reumatism articular, hipertensiune arterială, valori crescute ale colesterolului sau orice altă afecțiune a aparatului circulator sau cardiovascular? .....
  - d. Orice formă de diabet, hepatite, orice afecțiuni ale ficatului, pancreasului, stomacului, intestinului subțire sau gros sau afecțiuni renale? .....
  - e. Afecțiuni ale plămânilor sau ale aparatului respirator precum și ale aparatului endocrin? .....
  - 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) sau medicamente? .....
4. a. Ești în acest moment sub observație medicală sau urmezi vreun tratament (inclusiv medicamentos)? .....    
b. În ultimii 7 ani, ai fost internat sau ai suportat o intervenție chirurgicală? .....
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 .....

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 atașezi 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 precontractuale 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](http://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 Asigurării<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Beneficiar real<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

În cazul în care ești persoană expusă public<sup>3</sup> 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  
Semnătură  
Solicitantul asigurării:

Nume/Prenume  
Semnătură Persoană(e)  
propusă(e) spre asigurare\*:

Nume/Prenume  
Semnătură Agent:

*\*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 semnează sau va consimți 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.**

<sup>1</sup>În cazul modificării informațiilor furnizate, mă oblig să anunț în scris Societatea.

<sup>2</sup>**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.

<sup>3</sup>**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.