

Cerere pentru modificarea poliței (POS 01)

Toate informațiile și datele din prezenta secțiune sunt obligatorii.

Număr Poliță: _____

Cod Consultant: _____

Nume Titular: _____

Cetățenia (se vor completa toate cetățeniile deținute): _____ Rezident(ă): Da Nu

Țara, locul și data nașterii: _____

Adresă de rezidență (doar în cazul în care nu sunteți rezident(ă) în România) *: _____

Naționalitatea: _____ Adresa de corespondență: _____

Adresa de rezidență*: _____

CNP: _____ Nr. și seria B.I./ C.I.: _____ Data eliberării: _____ Emis de: _____

Telefon: _____ Adresă de e-mail: _____

Ocupația și numele angajatorului/ Natura activității proprii: _____

**Dacă este cazul*

Date suplimentare pentru Titular Persoană Juridică:

Țara de operare: _____, Țara de înregistrare _____

Denumirea legală și comercială a Societății _____, CUI _____

Numele persoanei Asigurate: _____

Vă rugăm să completați această secțiune numai dacă Titularul este diferit de persoana Asigurată

Vă rog să efectuați următoarele modificări în conținutul poliței: (bifați solicitarea)

1. Schimbarea adresei de corespondență

Noua adresă de corespondență: _____

2. Schimbarea Titularului sau numelui Titularului și/ sau Asiguratului

(În cazul schimbării titularului a se furniza Țara de rezidență fiscală)

Titular nou: _____

Țara și data nașterii: _____, _____ CNP/ CUI: _____

Nr. și seria B.I./ C.I.: _____ Data eliberării: _____ Emis de: _____

Adresa de corespondență: _____

Adresa de rezidență: _____

Altă adresă/ adresele de rezidență: _____

*NIF în țara/ țările de rezidență: _____

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

Naționalitate: _____ Rezident(ă): Da Nu

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

Adresă e-mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

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

Ocupația și numele angajatorului/ Natura activității proprii: _____

Relația cu Asiguratul: _____

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

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

<input type="checkbox"/> 3. Schimbarea beneficiarilor (Suma procentelor -% - trebuie să fie de 100%)	Noii beneficiari	Relația cu Asiguratul	CNP	Procent
	1. _____	_____	_____	_____ %
	2. _____	_____	_____	_____ %
	3. _____	_____	_____	_____ %

<input type="checkbox"/> 4. Schimbarea frecvenței de plată* (cerere în intervalul 30-60 zile înainte de aniversare)	Frecvența nouă: <input type="checkbox"/> Lunară <input type="checkbox"/> Trimestrială <input type="checkbox"/> Semestrială <input type="checkbox"/> Anuală
	Primele aferente frecvențelor subanuale presupun costuri suplimentare. *Modificarea frecvenței de în trimestrială sau lunară se face doar cu plata prin Debit Direct.

<input type="checkbox"/> 5. Eliminarea beneficii suplimentare (cerere în intervalul 30-60 zile înainte de scadență)	<input type="checkbox"/> Clauza de exonerare de la plata primelor/ protecție a copilului _____RON
	<input type="checkbox"/> Clauze de Spitalizare din Accident/ Accident sau îmbolnăvire _____RON
	<input type="checkbox"/> Clauze de Chirurgie din Accident sau Îmbolnăvire/Accident sau îmbolnăvire _____RON
	<input type="checkbox"/> Clauza de Deces ca urmare a unui Accident (Asigurat/ Titular) _____RON
	<input type="checkbox"/> Clauza de Invaliditate Totală Permanentă din Accident (Asigurat/ Titular) _____RON
	<input type="checkbox"/> Alte clauze: _____ _____RON

<input type="checkbox"/> 6. Emitere duplicat	Motivul cererii:
---	------------------

Este important ca înainte de redirecționarea primelor/ transferul unităților să vă transmitem un document cu informații esențiale (D.I.E), ce conține date generale despre produsul dumneavoastră și noul program în care doriți să investiți. Vă rugăm să bifați mai jos opțiunea care vi se potrivește:

Am primit **D.I.E** (disponibil și la www.metropolitanlife.ro – Secțiunea “ Informații esențiale”);

Doresc să primesc **D.I.E** după realizarea modificărilor, în cel mai scurt timp posibil

<input type="checkbox"/> 7. Redirecționarea primelor (pentru produsele Wise Plan/ Wise Rider/ Wise Simplu/ Invest Plus)	Data scadentă pentru începerea redirecționării:
	<input type="checkbox"/> Leu Confortabil _____% <input type="checkbox"/> Euro Power _____%
	<input type="checkbox"/> Leu Echilibrat _____% <input type="checkbox"/> Euro Accelerated _____%
	<input type="checkbox"/> Leu Dinamic _____%

<input type="checkbox"/> 8. Transferul Unit-urilor (pentru produsele Wise/ Invest Plus/ Invest Extra)	Din programul de investiții:	(%) valoare unități	În programul de investiții:
	1. _____	_____	_____
	2. _____	_____	_____
	3. _____	_____	_____
	4. _____	_____	_____
	5. _____	_____	_____

<input type="checkbox"/> 9. Schimbare fond UL (pentru produsele Renta Extra, Invest Rider, Invest Special Deposit)	Din programul de investiții:	În programul de investiții:
	<input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> Plus
	<input type="checkbox"/> Multiplu	<input type="checkbox"/> Multiplu
	<input type="checkbox"/> Exponențial	<input type="checkbox"/> Exponențial

<input type="checkbox"/> 10. Alte solicitări	
---	--

Suma plătită pentru efectuarea modificării: _____ RON

Beneficiar real': _____

Precizați venitul anual al Titularului/ Noului Titular al Asigurării: _____

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: _____

Documente necesare:

a) schimbare titular: copie B.I./ C.I. atât a titularului anterior, cât și a noului titular;

b) schimbare nume titular/ asigurat: copie după dovada de schimbare a numelui;

c) beneficii suplimentare/ schimbare beneficiari/ redirecționare prime/ transfer unit-uri/ schimbare fond UL - copie B.I./ C.I. a titularului poliței de asigurare sau a reprezentantului legal în cazul persoanelor juridice.

*) Societatea poate limita alegerea uneia dintre frecvențele de plată de mai sus.

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. 1 pct.3 art. 22 alin.2 din OUG nr. 53/ 2008.

² Persoane 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 următoare mă oblig să anunț în scris Societatea.

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 Metropolitan Life, vă rugăm să bifați casele corespunzătoare privind modalitatea prin care preferați să le primiți:

Poșta Email Telefon SMS Toate

Metropolitan Life 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:

Poșta Email Telefon SMS Toate

Dacă vă răzgândiți și doriți să vă actualizați preferințele de marketing o puteți face prin oricare dintre următoarele modalități:

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

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

Semnătura Titularului (sau a Noului Titular, dacă este cazul):

FATCA și 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 referă 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.

Sunt de acord ca datele de contact precizate în prezentul formular să fie utilizate de Societate pentru a-mi transmite informații uzuale despre contractul de asigurare, informații obligatorii conform legislației în vigoare, cât și informații confidențiale.

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 dumneavoastră la adresa de corespondență sau de e-mail comunicate de dumneavoastră. În cazul în care timp de 60 de zile nu primiți răspunsul la una din adresele menționate mai sus, vă rugăm să ne contactați. Pentru schimbarea datelor de contact, Societatea nu va transmite confirmarea acestei modificări.

Semnătura Titularului:

Semnătura Asiguratului:

Semnătura Noului Titular*:
(dacă este cazul)

Semnătura Consultantului:

Data:

**Semnătura Noului Titular, de pe acest document este considerată specimen. Toate solicitările acestor persoane în baza contractului de asigurare vor fi luate în considerare dacă vor avea aceeași semnătură cu cea din acest document.*

Societatea poate să nu considere valabilă orice solicitare viitoare a Noului Titular care conține o semnătură care nu corespunde celei de pe acest document.