

CERERE DE MODIFICARE A SUMEI ASIGURATE / PRIMEI DE ASIGURARE

A. Date de identificare Contractant:

Contractant:

Nume / Denumirea Societății:

Prenume / Reprezentant legal:

CNP / CUI:

B. Date identificare Asigurați:

Asigurat 1

Nume și prenume:

CNP:

Asigurat 2

Nume și prenume:

CNP:

C. Date Poliță

Nr. Poliță:

Tip Asigurare:

D. Solicit modificarea contractului de asigurare, după cum urmează:

Sunt de acord cu varianta propusă de Asigurător

Altă variantă (propusă de contractant)

Modificarea Sumei Asigurate, valoarea pentru asigurarea principală:

Mențiuni referitoare la clauze:

1.

2.

3.

Frecvența de plată a primei de asigurare:

Anual Semestrial Trimestrial Lunar

Modificarea Primei de Asigurare, valoarea pentru asigurarea principală:

Mențiuni referitoare la clauze:

1.

2.

3.

Frecvența de plată a primei de asigurare:

Anual Semestrial Trimestrial Lunar

E. Au intervenit modificări în starea Dvs de sănătate, de la începerea contractului și până în prezent* (de ex. modificări de greutate de +/- 10 kg, boli cronice sub tratament îndelungat, incapacitate de muncă pe o perioadă mai mare de 30 zile etc.)

Da Nu

Dacă da, vă rugăm oferiți detalii: de când? ce boală? ce tratament urmați în prezent? ce greutate și înălțime aveți în prezent?

Asigurat 1

Asigurat 2

*completați pentru ambele persoane asigurate, dacă este cazul, trecând mai întâi numele fiecăruia.

Modificarea sumei asigurate sau a primei de asigurare, se poate face la fiecare aniversare a contractului de asigurare, în baza unei solicitări scrise adresată Asigurătorului de către Contractant.

Aceste modificări se referă la:

- frecvența de plată a primei de asigurare;

- prima de asigurare, prin majorarea cu rata inflației sau o altă valoare propusă de contractant sau diminuarea până la valoarea minimă acceptată a acesteia;

în conformitate cu condițiile de asigurare atașate poliței.

Solicitarea privind modificările menționate anterior trebuie transmisă cu minim 10 zile lucrătoare înainte de aniversarea contractului. Orice solicitare primită de Asigurător în altă perioadă decât cea menționată anterior nu va fi luată în considerare / procesată. Modificările solicitate pot fi procesate doar în cazul în care contractul este plătit la zi.

Modificările Prestațiilor asigurării se vor stabili în funcție de criteriile de acceptare a riscului și de tarifele în vigoare la data solicitării.

Subsemnatul, declar că toate informațiile furnizate în prezentul document sunt adevărate, corecte și complete după cunostința mea. Sunt conștient de faptul că în cazul în care se constată că acestea sunt false, incorecte sau incomplete, Asigurătorul are dreptul de a ajusta plata asigurării.

Data semnării
formularului:

Semnătura
Contractant:

Semnătura persoană
Asigurată 1:

Semnătura persoană
Asigurată 2:

ACORD PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ȘI COMUNICAREA ELECTRONICĂ CU BCR ASIGURĂRI DE VIAȚĂ VIENNA INSURANCE GROUP S.A.

Se va completa de către Contractant:

Subsemnatul/a:	<input type="text"/>	CNP:	<input type="text"/>
Număr telefon mobil:	<input type="text"/>	Adresă e-mail:	<input type="text"/>

Se va completa de către Asigurat (în cazul în care Asiguratul este diferit de Contractant):

Subsemnatul/a:	<input type="text"/>	CNP:	<input type="text"/>
Număr telefon mobil:	<input type="text"/>	Adresă e-mail:	<input type="text"/>

Sunt de acord să consult Nota de informare a BCR Asigurări de Viață privind prelucrarea datelor cu caracter personal pe pagina web a companiei – secțiunea Protecția Datelor.

Contractant: DA NU* **Asigurat 1:** DA NU*
Asigurat 2: DA NU*

* În cazul în care nu optați să consultați Nota de informare pe pagina web a companiei – secțiunea Protecția Datelor, veți primi această Notă de informare pe suport hârtie înainte de completarea prezentului Acord.

Și înainte de completarea prezentului acord am fost informat cu privire la toate aspectele din Nota de informare, inclusiv cu privire la faptul că:

- BCR Asigurări de Viață prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu prevederile legale în materie de prelucrare a datelor cu caracter personal, în scopul prestării serviciilor de asigurare. Pentru a facilita aceste servicii, datele colectate pot fi transmise și prelucrate de către companii din Grupul Vienna Insurance Group sau de orice alt terț împuternicit expres de către BCR Asigurări de Viață, iar stocarea datelor se efectuează într-un mod securizat fără posibilitatea de a fi utilizate în alte scopuri decât cele menționate în Nota de informare.
- Am dreptul de informare, de acces și de intervenție asupra datelor cu caracter personal inclusiv dreptul de opoziție și alte drepturi ce rezultă din legislația privind protecția datelor și pot să le exercit printr-o cerere scrisă transmisă către BCR Asigurări de Viață, prin intermediul serviciilor poștale sau la adresa de e-mail: clienti@bcrasigviata.ro.
- Pot solicita în orice moment modificarea sau retragerea acordului referitor la contactarea de către BCR Asigurări de Viață și de către împuterniciții săi în scopuri de marketing sau a acordului referitor la comunicarea electronică, printr-o cerere transmisă la adresa de e-mail: clienti@bcrasigviata.ro sau prin alte mijloace electronice puse la dispoziție de către BCR Asigurări de Viață.
- În conformitate cu prevederile legale în vigoare, lipsa acordului meu de prelucrare a datelor cu caracter personal în scopuri contractuale (1.a) va pune BCR Asigurări de Viață în imposibilitatea de a-mi oferi serviciile de asigurare, iar pentru scopurile enumerate la punctul 1.b va pune BCR Asigurări de Viață în imposibilitatea de a-mi transmite oferte promoționale sau informații referitoare la beneficiile pe care le pot accesa conform programelor de loialitate ale companiei.

Declar următoarele:

1. PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Se va completa de către Asigurat:

a) Sunt de acord cu prelucrarea de către BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A. („**BCR Asigurări de Viață**”) a datelor mele cu caracter personal privind starea de sănătate, indispensabile în vederea prestării serviciilor de asigurare (ofertare, emiterie polițe, acordare despăgubiri), cu respectarea legislației specifice în vigoare.

Asigurat 1: DA NU **Asigurat 2:** DA NU

Exclusiv în legătură cu polițele de asigurare ce au componenta de asigurare de viață și sănătate, autorizez și exonerez de secretul profesional orice medic sau instituție / oficialitate ce deține informații referitoare la istoricul meu medical, în vederea punerii acestora la dispoziția BCR Asigurări de Viață pentru evaluarea riscului sau în caz de dauna. Aceste date vor fi utilizate de către BCR Asigurări de Viață doar în scopul declarat de evaluare a riscului subscris, de întocmire și soluționare a dosarelor de daună.

Asigurat 1: DA NU **Asigurat 2:** DA NU

b) Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de BCR Asigurări de Viață pentru scopuri statistice, respectiv de marketing, acțiuni de direct mailing, oferirea de produse și servicii, reclamă, să fiu contactat și să primesc informații relevante de la BCR Asigurări de Viață sau de la persoane împuternicite expres de BCR Asigurări de Viață în acest sens, în vederea fructificării eventualelor oportunități de asigurare, respectiv a îmbunătățirii serviciilor pe care BCR Asigurări de Viață mi le oferă.

Asigurat 1: DA NU **Asigurat 2:** DA NU

Se va completa de către Contractant:

Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de BCR Asigurări de Viață pentru scopuri statistice, respectiv de marketing, acțiuni de direct mailing, oferirea de produse și servicii, reclamă, să fiu contactat și să primesc informații relevante de la BCR Asigurări de Viață sau de la persoane împuternicite expres de BCR Asigurări de Viață în acest sens, în vederea fructificării eventualelor oportunități de asigurare, respectiv a îmbunătățirii serviciilor pe care BCR Asigurări de Viață mi le oferă.

DA NU

2. COMUNICAREA ELECTRONICĂ

Se va completa de către Contractant:

Sunt de acord să primesc toată corespondența precontractuală și contractuală cu BCR Asigurări de Viață pe cale electronică, utilizând adresa de e-mail comunicată în prezentul Acord, iar această comunicare va produce aceleași efecte ca și comunicarea scrisă. În cazul în care datele mele de contact vor suferi modificări, voi transmite în timp util către BCR Asigurări de Viață noile date, prin comunicarea acestora către Call Center-ul BCR Asigurări de Viață sau prin semnarea unui nou Acord.

Sunt de acord ca în relația cu BCR Asigurări de Viață să pot folosi și semnătura biometrică și că această semnătură să producă aceleași efecte ca și semnătura pe suport hârtie.

DA

NU

Data:

Semnătură Contractant:

Semnătură Asigurat 1:

Semnătură Asigurat 2: