

CERERE MODIFICĂRI TEHNICE ACTIV+

A. Date de identificare:

Număr Poliță de Asigurare:

Nume și prenume Contractant:

B.I. / C.I.

seria:

nr.:

CNP:

Nume și prenume Asigurat:

B.I. / C.I.

seria:

nr.:

CNP:

B. Solicităm modificarea contractului de asigurare, după cum urmează*:

Vă rugăm bifați modificările dorite:

Majorarea/ diminuarea Sumei asigurate minime garantate în caz de deces

Noua sumă

Adăugare asigurări suplimentare:

Deces din accident

Invaliditate permanentă din accident

Suma

Îmbolnăvire gravă (3 riscuri)

Suma

Spitalizare din accident

Spitalizare ca urmare a unei boli

Spitalizare din accident & fracturi din accident pentru dependenți

Rezilierea asigurărilor suplimentare:

Deces din accident

Spitalizare din accident

Invaliditate permanentă din accident:

Spitalizare ca urmare a unei boli

Îmbolnăvire gravă (3 riscuri)

Spitalizare din accident & fracturi din accident pentru dependenți

Majorarea/diminuarea sumelor asigurate pentru asigurările suplimentare

Invaliditate permanentă din accident:

Noua sumă

Îmbolnăvire gravă (3 riscuri)

Noua sumă

Majorarea/diminuarea primei de asigurare

Noua primă conform frecvenței alese

Majorarea duratei asigurării

Noua durată

ani

Majorarea/diminuarea duratei de plată a primelor de asigurare

Noua durată

ani

Frecvența de plată a primei de asigurare:

Anual

Semestrial

Trimestrial

Lunar

*Sumele asigurate sunt în valuta contractului de asigurare

C. Declarația asiguratului cu privire la starea de sănătate și ocupația acestuia

Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos în vederea evaluării riscului.

1. Înălțime: cm 2. Greutate kg

3. Ați fost în ultimii 5 ani sau sunteți în prezent diagnosticat/ă cu vreo afecțiune?

da nu

În caz afirmativ detaliați în căsuța de explicații, denumirea afecțiunii, investigațiile efectuate și tratamentul prescris.

4. În ultimii 3 ani ați fost sub control medical, spitalizat sau ați suportat o intervenție chirurgicală?

da nu

În caz afirmativ detaliați în căsuța de explicații.

5. Sunteți în prezent în concediu medical sau urmați un tratament sau dietă?

da nu

În caz afirmativ detaliați în căsuța de explicații.

6. Suferiți de vreo invaliditate, infirmitate sau ați fost pensionat pe caz de boală?

da nu

În caz afirmativ detaliați în căsuța de explicații.

7. Activitatea profesională desfășurată, implică o meserie/activitate periculoasă cum ar fi: munca pe acoperișuri, eșafodaje sau pe schele mai înalte de 4 metri; munca la instalații de înaltă tensiune, cu mașini mecanice; munca la demolări; coborâri în mine sau cariere de piatră; folosirea sau manipularea de produse corozive; transport sau manipulare de explozivi; tăierea sau elagajul arborilor; încărcarea sau descărcarea de mărfuri sau animale; folosirea razelor X sau a radio-izotopilor; staționarea în zone de pericole deosebite.

da nu

În caz afirmativ detaliați în căsuța de explicații.

D. Alocarea primei suplimentare

Solicit alocarea primei suplimentare în valoare de lei euro

Plătită în data de în contul poliței de asigurare

E. Declarația Contractantului privind sursa fondurilor pentru sume începând cu 67.500 RON sau 15.000 EUR

Subsemnatul _____, declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că fondurile utilizate pentru plata primei de asigurare în sumă de _____, provin din următoarele surse:

- salarii și alte drepturi salariale, premii, profit etc.;
- venituri din vânzări de produse agricole sau obținute din munca depusă în societăți sau asociații agricole;
- venituri din activități autorizate desfășurate pe cont propriu;
- venituri din dividende/dobânzi/vânzări de acțiuni/închirieri;
- venituri din surse de protecție socială (pensii, alocații, burse, ajutoare, indemnizații);
- venituri din vânzarea de bunuri mobile sau imobile;
- venituri din drepturi de proprietate intelectuală sau de autor;
- împrumuturi și credite, sume retrase de la bănci etc.;
- alte surse licite (exemple: donații, sponsorizări, cadouri, moșteniri, etc.).

F. Declarație privind obligațiile fiscale

Declar că am luat la cunoștință de obligativitatea de a prezenta în mod corect și real eventualele obligații fiscale datorate conform legislației SUA și că această obligație este reflectată pe deplin în prezentul document. De asemenea, am fost informat asupra faptului că, în situația în care am furnizat în mod intenționat situații neadevărate tocmai pentru a mă eluda obligațiilor fiscale stabilite de legislația SUA, întreaga responsabilitate îmi revine, asumându-mi toate sancțiunile legale, suportând inclusiv o rată de impozit de 30% din veniturile impozabile care mi-au fost plătite, și care vor fi reținute de Asigurator și virate Fiscului SUA.

Declar că am luat la cunoștință de obligativitatea de a prezenta în mod corect și real eventualele obligații fiscale datorate conform prevederilor legale care reglementează schimbul automat de informații și că această obligație este reflectată pe deplin în prezentul document.

Declar că am fost informat cu privire la obligația legală a BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA de a colecta, procesa, selecta și declara autorităților fiscale competente din România, acestea din urmă transferându-le către autoritățile fiscale competente din străinătate informații de natură financiară a contribuabililor rezidenți ai altor state membre ale Uniunii Europene și în state care au aderat la CRS pe teritoriul României, în scopul realizării schimbului automat de informații și combaterii evaziunii fiscale.

Totodată, consimt să informez BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA în termen de 30 de zile (treizeci de zile) despre orice schimbare a situației menționate anterior. Persoanele propuse spre Asigurare, Contractantul și Beneficiarii care sunt persoane SUA sau rezidenți ai altor state membre ale Uniunii Europene pe teritoriul României, consimt ca datele furnizate să fie utilizate de către BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA în raportări către autoritățile fiscale competente din România, acestea din urmă transferându-le către autoritățile fiscale competente din străinătate.

Confirm că datele declarate sunt reale și corecte. Înțeleg faptul că evaluarea cererii se va face în funcție de informațiile pe care le-am pus la dispoziție, precum și a expunerii cumulate a Asiguratului la risc, Asiguratorul având dreptul de a reevalua riscul asumat prin contractul de asigurare.

Data:

Semnătura
asiguratului

Semnătura
contractantului