

## CERERE DE RĂSCUMPĂRARE PARȚIALĂ

### A. Datele de identificare ale Contractantului:

Nume /Denumirea Societății:					
Prenume/ Reprezentant legal:					
B.I./C.I.:	seria:	nr.:	CNP / CUI:		
Adresa de domiciliu /sediului social:	localitatea:			str.	nr.
	bl.	sc.	ap.	sector/ județ	țara:
Telefon:			Email:		
Locul nașterii:			Naționalitate:		
Ocupația:			Cetățenie:	Persoana expusă politic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	

V 2.0/01.05.2018

### B. Datele poliței de asigurare:

Nr.:		Asigurat 1:		CNP:	
		Asigurat 2:		CNP:	

**Solicit răsкупărea Parțială a contractului de asigurare reprezentat de polița nr. \_\_\_\_\_:**

**Dacă suma solicitată nu se găsește în contul contractului, se va răsкупăra suma maximă posibilă conform condițiilor de asigurare, dar fără a depăși suma menționată mai jos.**

În cazul în care nu sunteți de acord cu acest paragraf, vă rugăm să bifați caseta  NU

Doresc să intru în posesia sumei de răsкупărare parțială, în valoare de \_\_\_\_\_ lei/eur iar aceasta să fie virată în contul IBAN (\*) \_\_\_\_\_, deschis la banca/sucursala: \_\_\_\_\_:

(\*) Contul IBAN în care se face plata trebuie să fie pe numele Contractantului.

**Documente ce trebuie anexate prezentei cereri de răsкупărare** (se bifează la fiecare document atașat la prezenta cerere):

- Copia poliței de asigurare  
 Copie B.I./C.I.  
 Extras de cont

Dosarul de răsкупărare va fi analizat și soluționat după primirea ultimului document solicitat de către Asigurator și în conformitate cu condițiile de asigurare.

În calculul valorii de răsкупărare a contractelor de tip unit linked se vor folosi prețurile aferente datei de 1 a Lunii următoare datei cererii Contractantului. Atenție! Acestea vor fi diferite de prețurile din data semnării formularului.

### C. Declarație beneficiar privind FATCA

- Sunteți cetățean american sau rezident în SUA  DA  NU
- Aveți vreo dată de contact SUA: adresa de domiciliu, de corespondență sau fiscală în SUA, nr. telefon  DA  NU
- Sunteți persoana juridică înființată/înregistrată sau este prezentă în SUA care are un acționar care deține 25% sau mai mult din capitalul social sau drepturile de vot ale unei astfel de persoane juridice și care este un cetățean american sau rezident în SUA  DA  NU

Completați formularul W-9, dacă ați răspuns cu DA la oricare din întrebările de mai sus.

Completați „Declarația de rezidență Fiscală”, dacă ați răspuns cu NU la oricare din întrebările de mai sus și sunteți rezident al altor state membre ale Uniunii Europene sau Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică.

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

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

Data:

Semnătură  
Contractant/Reprezentant legal:

# 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"/>

Nota de informare a BCR Asigurări de Viață privind prelucrarea datelor cu caracter personal poate fi consultată pe pagina web a companiei – secțiunea Protecția Datelor și furnizează detalii, 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, emitere polițe, acordare despăgubiri), cu respectarea legislației specifice în vigoare.

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.

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.

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: