

## CERERE PENTRU SCHIMBAREA CONTRACTANTULUI

### A. Date de identificare:

<b>Contractant</b> Nume / Denumirea Societății:	
Prenume / Reprezentant legal:	
CNP / CUI:	
<b>Asigurat 1</b> Nume și Prenume:	
CNP:	
<b>Asigurat 2</b> Nume și Prenume:	
CNP:	
Contract de asigurare / Număr Poliță:	

### B. Datele noului contractant:

Nume / Denumirea Societății:					
Prenume / Reprezentant legal:					
B.I. / C.I. seria:	numărul:	CNP/CUI:			
Adresa de domiciliu/ sediu social	localitatea:	str.	nr.		
	bl.	sc.	ap.	sector/ județ	țara:
Telefon acasă/ societate:	Mobil:	Email:			

Locul nașterii:				
Domeniu de activitate:				
Ocupație:				
Profesie:				
Stare civilă:	Naționalitate:	Cetățenie:		
Persoană expusă politic:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU		
Adresa pentru corespondență (Completați doar dacă diferă de adresa de domiciliu – pentru persoane fizice sau pentru persoane juridice cu puncte de lucru)				
localitatea:	str.	nr.		
bl.	sc.	ap.	sector/ județ	țara:

### 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 persoană 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.

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.

### D. Motivul schimbării contractantului

Mențiuni: Noul contractant își asumă respectarea în întregime a prevederilor contractului de asigurare. Toate posibilele consecințe fiscale ale schimbării de contractant sunt asumate integral de către cele două părți între care se realizează transferul, societatea BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A. declinandu-și orice răspundere.

### E. Relația noului contractant cu persoana asigurată

Venitul mediu lunar al contractantului  
(pentru persoane fizice)

RON

Cifra de afaceri  
(pentru persoane juridice)

RON

### F. Sursa veniturilor (în cazul persoanelor fizice)

- Salariu / PFA
- Moștenire
- Donație
- Vânzare/Închiriere proprietăți
- Nespecificată
- Investiții curente/alte instrumente bancare
- Alte surse

Data semnării formularului:

Semnătura persoanei

Asigurate 1:

Semnătura persoanei

Asigurate 2:

Semnătura vechiului

Contractant:

Semnătura noului

Contractant:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

# 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: