

CERERE PRIVIND ALOCAREA PRIMELOR DE ASIGURARE SUPLIMENTARE PENTRU CONTRACTELE DE TIP UNIT LINKED/CIA

A. Date de identificare:

Număr Poliță de Asigurare:			
Nume și prenume contractant:			
B.I./C.I.:	seria:	nr.:	CNP:
Domiciliul	localitatea:	Str.	nr.
		bl.	sc. ap. sector/ județ
Telefon:			Email:
Nume și prenume Asigurat:			
CNP Asigurat:			
Nume și prenume Plătitor (*):			
B.I./C.I.:	seria:	nr.:	CNP:

(*În cazul unui plătitor terț, este necesară transmiterea letrică, în atenția Asigurătorului, a unei copii a cărții de identitate a acestuia, semnată în original. Într-o asemenea situație, contractantul se obligă să informeze terța persoană că nu mai are niciun drept prezent sau viitor asupra sumei depusă cu titlu de primă în contractul de asigurare.

B. Alocarea primei suplimentare:

Solicit alocarea primei suplimentare în valoare de:		<input type="checkbox"/> Lei	<input type="checkbox"/> Euro
Plătită în data de:		În contul poliței de asigurare:	

C. 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 suma 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.);

C. 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 Asigurător 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 S.A. 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 S.A. 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 că datele furnizate să fie utilizate de către BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A. 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, Asigurătorul având dreptul de a reevalua riscul asumat prin contractul de asigurare.

Decizia cu privire la examinarea medicală se ia în funcție de acoperirea totală la deces a Asiguratului (expunerea cumulată a Asiguratului) și se evaluează în funcție de vârsta acestuia și de tipul poliței curente.

Valoarea expunerii cumulate în cazul plății unei prime suplimentare, cuprinde:

- suma la risc aferentă poliței pentru care se face plata primei suplimentare, calculată la momentul plății acesteia. În calculul sumei la risc se va adăuga: 100% din valoarea primei suplimentare la suma asigurată garantată în caz de deces și 99% din valoarea primei suplimentare la valoarea contului;
- valoarea sumelor la risc aferente polițelor active (se agregă toate sumele la risc aferente polițelor de tip Unit linked și Index linked) și
- valoarea sumelor asigurate la deces de pe restul contractelor în vigoare din portofoliu pentru care s-a efectuat procedura de underwriting (analiza riscului scris).

Data semnării formularului:		Semnătura Contractantului:	
		Semnătura Asiguratului:	