

Cerere pentru modificarea poliței

Nr. poliță: _____

Nume Contractant: _____ CNP: _____ Tel: _____	Nume Persoana Asigurată: _____ CNP: _____ Tel: _____
--	---

Sunteți persoană impozabilă în Statele Unite ale Americii (SUA)? DA NU

Sunteți de acord ca datele dumneavoastră personale să fie transmise către ANAF? DA NU

Nr. de identificare fiscală în SUA: _____

Câmpurile de mai sus trebuie completate OBLIGATORIU de către Contractant!

Vă rog efectuați următoarele modificări în conținutul poliței (alegeți solicitarea dorită):

1.	Schimbarea adresei de corespondență/domiciliu:	Vechea adresă: _____ Noua adresă: _____															
2.	Schimbarea (numelui) Contractantului / Persoanei Asigurate	Nume vechi: _____ CNP: _____ Nume nou: _____															
3.	Schimbarea beneficiarilor (suma procentelor %-trebuie să fie de 100%)	Beneficiar nou: _____ CNP: _____ Procent: _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____															
4.	Schimbarea modului de plată (solicitarea se face cu 90 – 60 de zile înainte de aniversare)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Lunar</th> <th>Trimestrial</th> <th>Semestrial</th> <th>Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frecvența veche:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Frecvența nouă:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Lunar	Trimestrial	Semestrial	Anual	Frecvența veche:	_____	_____	_____	_____	Frecvența nouă:	_____	_____	_____	_____
	Lunar	Trimestrial	Semestrial	Anual													
Frecvența veche:	_____	_____	_____	_____													
Frecvența nouă:	_____	_____	_____	_____													
5.	Adăugare/Eliminare Beneficii suplimentare (solicitarea se face cu 90 – 60 de zile înainte de aniversare)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Adăugare (sumă)</th> <th>Eliminare (sumă)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deces ca urmare a unui Accident:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Invaliditate Totală Permanentă ca urmare a unui Accident:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Adăugare (sumă)	Eliminare (sumă)	Deces ca urmare a unui Accident:	_____	_____	Invaliditate Totală Permanentă ca urmare a unui Accident:	_____	_____						
	Adăugare (sumă)	Eliminare (sumă)															
Deces ca urmare a unui Accident:	_____	_____															
Invaliditate Totală Permanentă ca urmare a unui Accident:	_____	_____															
6.	Schimbarea ocupației	Noua ocupație (plus descrierea activității) _____ Loc de muncă (profilul societății) _____ Adresa locului de muncă, tel. _____ devine și adresa de corespondență <input type="checkbox"/> DA															
7.	Modificarea Sumei Asigurate (solicitarea se face cu 90 – 60 de zile înainte de aniversare)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Noua Sumă Asigurată</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deces din orice cauză</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Deces ca urmare a unui Accident</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Invaliditate Totală Permanentă ca urmare a unui Accident</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Noua Sumă Asigurată	Deces din orice cauză	_____	Deces ca urmare a unui Accident	_____	Invaliditate Totală Permanentă ca urmare a unui Accident	_____							
	Noua Sumă Asigurată																
Deces din orice cauză	_____																
Deces ca urmare a unui Accident	_____																
Invaliditate Totală Permanentă ca urmare a unui Accident	_____																
8.	Modificarea Primei de Asigurare (solicitarea se face cu 90 – 60 de zile înainte de aniversare)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Noua Primă de Asigurare</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prima de Asigurare actuală</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Noua Primă de Asigurare	Prima de Asigurare actuală	_____											
	Noua Primă de Asigurare																
Prima de Asigurare actuală	_____																

		Vechea proporție (%)	Noua proporție (%)
9.	Schimbarea proporției de alocare a unităților de fond	Moderat	
		Echilibrat	
		Dinamic	
		Noul Fond unde se vor aloca viitoarele Prime	
10.	Redirecționarea Primei	Moderat	
		Echilibrat	
		Dinamic	
		11. Emitere Duplicat	
12. Alte solicitări		_____	

Nota: În cazul în care Contractantul este diferit de Persoana Asigurată, formularul Cerere pentru modificarea poliței trebuie să conțină obligatoriu acordul amândurora pentru orice modificare solicitată.

Contractant
Nume, Prenume, Semnătura:

Persoană Asigurată
Nume, Prenume, Semnătura:

Data: _____

Data: _____

Subsemnatul, în calitate de Contractant/Persoană Asigurată, confirm prin prezenta că înțeleg și sunt de acord cu următoarele:

- această solicitare, precum și documentele care o însoțesc, reprezintă baza pentru modificarea Poliței de asigurare menționată mai sus;
 - solicitările de la punctele 4,5,6,7 și 8 modifică/pot modifica în mod corespunzător Prima de plată;
 - solicitările cuprinse în prezenta cerere vor fi considerate efective numai după momentul acceptării acestora de către sediul central al ERGO Asigurării de Viață SA.
 - sunt de acord ca Societatea să efectueze orice prelucrare a datelor cuprinse în prezenta cerere de modificare a Poliței de asigurare, inclusiv a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate, codul numeric personal sau a altor date cu caracter personal având o funcție de identificare de aplicabilitate generală. Declar că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea datelor cu caracter personal furnizate de către mine se va face pe toată durata contractului de asigurare. Declar că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea acestor date se va face în următoarele scopuri: evaluarea riscului asigurabil, întocmirea bazei de date în vederea administrării contractelor de asigurare, realizarea diferitelor oferte de asigurări, verificarea modificărilor contractuale solicitate, verificarea Indemnizației de Asigurare în cazul producerii Evenimentului Asigurat, studii de cercetare, analiza portofoliului de clienți, acțiuni de direct-mailing, reclamă, publicitate și marketing al produselor Societății și ale partenerilor acesteia, precum și ale Societăților care fac parte din același grup cu Societatea, activități de reasigurare, calcularea beneficiilor investiționale, etc. Categoriile de destinatari cărora urmează să li se dezvăluie datele cu caracter personal sunt: angajații Societății, agenții de asigurare, prestatorii de servicii de studii de piață cu care Societatea a încheiat contracte de colaborare, partenerii contractuali ai Societății (reasuratori, bănci, brokeri, alte instituții financiare etc.), alte companii din același grup din care face parte și Societatea, alte persoane fizice și juridice care prelucrează datele personale în numele operatorului (avocați, contabili, auditori, societăți de prestări servicii etc.) autoritate judecătorească, autorități publice la cererea acestora, atunci când există temei legal în baza Legii 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal. Totodată, mă oblig să furnizez coasiguraților și beneficiarilor asigurării toate informațiile de mai sus în termen de maxim 5 zile calendaristice de la data completării prezentei cereri de modificare a poliței. În conformitate cu Legea 677/2001, declar că am luat la cunoștință de drepturile mele, după cum urmează: accesul la date (în mod gratuit pentru o solicitare pe an, printr-o cerere scrisă, datată și semnată în care pot arăta că doresc ca informațiile să-mi fie comunicate la o anumită adresă, inclusiv prin poșta electronică, sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea mi se va face personal), informarea persoanei vizate, intervenție asupra datelor, de opoziție, de a nu fi supus unei decizii individuale, de adresare în justiție.
 - Sunt de acord ca Societatea să transfere în străinătate datele cu caracter personal.
- Sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în scopul de a primi, direct de la Societate, sau prin intermediul unor terți, informații despre produse, servicii și activități ale Societății și/sau partenerilor acesteia precum și ale companiilor care fac parte din același grup cu Societatea, precum și în scopul efectuării de către Societate, direct sau prin intermediul unor terți a studiilor de marketing cu privire la produsele, serviciile și activitățile Societății și/sau partenerilor săi actuali sau viitori și companiilor din același grup cu Societatea. În cazul în care nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în aceste condiții și respectiv în scop de marketing, înțeleg că dezacordul meu să fie exprimat în scris și înaintat Societății împreună cu prezenta cerere de modificare a poliței de asigurare.

Documente necesare pentru efectuarea modificărilor solicitate**1. Schimbarea adresei de corespondență**

- Cerere de modificare a poliței din partea Contractantului asigurării;
- Documentul (copie) care să ateste schimbarea adresei de corespondență (ex: CI)

2. Schimbarea Contractantului sau numelui Contractantului și/sau Persoanei Asigurate

- Cerere de modificare a poliței din partea Contractantului asigurării;
- Documentul (copie) care să ateste schimbarea numelui (ex: BI, CI, certificat de căsătorie, etc.)

3. Schimbarea Beneficiarilor

- Cerere de modificare a poliței din partea Contractantului asigurării
- Copie BI/CI/Certificat de naștere al noilor beneficiari

4. Schimbarea modului de plată

- Dacă cererea se face în maxim 20 de zile de la emiterea poliței:
- cerere de modificare a poliței din partea Contractantului asigurării;
- polița în vigoare (se va emite o nouă poliță care va fi trimisă clientului).
- În timpul derulării poliței de asigurare:
- cerere de modificare a poliței din partea Contractantului asigurării, trimisă cu 90-60 de zile înainte de aniversarea poliței.

Notă: Schimbarea modului de plată este posibilă numai dacă polița este în vigoare și prima scadență este plătită.

5. Adăugare/Eliminare beneficii suplimentare

- Cerere de modificare a poliței din partea Contractantului asigurării;
- Declarația stării de sănătate a Persoanei Asigurate sau Chestionarul medical, după caz, trebuie să însoțească Cererea de modificare în cazul în care se solicită Adăugarea de beneficii suplimentare

Notă: - Adăugarea / Eliminarea de beneficii suplimentare se poate face numai la aniversarea poliței (cererea trebuie trimisă cu 90-60 de zile înainte de aniversare);

- Modificarea este posibilă numai dacă polița este în vigoare și prima scadență este plătită;

- Dacă în urma evaluării medicale clientul nu îndeplinește condițiile de asigurabilitate ale ERGO Asigurări de Viață SA, beneficiile suplimentare nu vor fi acordate.

6. Schimbarea ocupației

- Cerere de modificare a poliței de asigurare care trebuie să cuprindă toate detaliile referitoare la noua ocupație a Contractantului/ Persoanei Asigurate;

7. Modificarea Sumei Asigurate

- Cerere de modificare a poliței de asigurare din partea Contractantului asigurării
- În cazul majorării Sumei asigurate Declarația stării de sănătate sau Chestionarul medical după caz trebuie să însoțească Cererea de modificare în cazul în care se solicită Adăugarea de beneficii suplimentare

Notă: - Modificarea Sumei Asigurate se poate face numai la aniversarea poliței (cererea trebuie trimisă cu 90-60 de zile înainte de aniversare);

- Modificarea este posibilă numai dacă polița este în vigoare și prima scadență este plătită;

- Dacă în urma evaluării medicale clientul nu îndeplinește condițiile de asigurabilitate ale ERGO Asigurări de Viață SA, majorarea Sumei Asigurate nu va fi acordată.

8. Modificarea Primei de Asigare

- Cerere de modificare a poliței de asigurare din partea Contractantului asigurării

Notă: - Modificarea Primei de Asigare se poate face numai la aniversarea poliței (cererea trebuie trimisă cu 90-60 de zile înainte de aniversare);

- Modificarea este posibilă numai dacă polița este în vigoare și prima scadență este plătită;

9. Schimbarea unităților de fond

- Cerere de modificare a poliței de asigurare din partea Contractantului asigurării

10. Redirecționarea Primei

- Cerere de modificare a poliței de asigurare din partea Contractantului asigurării

11. Emitere duplicat

- Cerere de modificare a poliței de asigurare din partea Contractantului asigurării
- Dovada de plată a taxei de emitere duplicat conform condițiilor contractuale