

Numer Umowy



1. Ubezpieczający

Nazwisko i imię /
Nazwa

Telefon kontaktowy

E-mail

PESEL

KRS / REGON*

* Pole wymagane również dla osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.

2. Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL

Telefon kontaktowy

E-mail

3. Upoważnienia

Zgadzam się na świadczenie usług przez MetLife w sprawach związanych z zawartą umową ubezpieczenia w MetLife za pomocą środków komunikacji elektronicznej: telefonu, poczty e-mail, portalu e-klient, Internetu i systemu IVR, na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu Internetowego e-klient.

Zgadzam się na otrzymywanie informacji rocznej o wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia w MetLife za pośrednictwem: portalu e-klient, innego trwałego nośnika, środków komunikacji elektronicznej.

W przypadku wyrażenia zgody prosimy o odpowiednie zaznaczenie powyżej. Brak takiego zaznaczenia skutkuje obowiązaniem wcześniejszego oświadczenia w zakresie zgody.

Wyrażam zgodę
Ubezpieczający Ubezpieczony

Tak

Tak

Tak

4. Zmiana częstotliwości opłacania składek*

Niniejszym wnioskuję o zmianę częstotliwości opłacania składek na tryb:

roczny

półroczny

kwartalny

miesięczny

* Zmiana zostanie dokonana tylko w przypadku, gdy Umowa przewiduje możliwość opłacania w wybranym trybie i o ile wysokość składki będzie zgodna z obowiązującymi limitami.

5. Rezygnacja z umowy dodatkowej

Nazwa Umowy zgodna ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia

Nazwa Umowy zgodna ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia

6. Zmiana na ubezpieczenie bezskładkowe **

Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż zmiana jest nieodwracalna i skutkuje wygaśnięciem ochrony z tytułu dodatkowych umów ochronnych, obniżeniem sumy ubezpieczenia na dożycie oraz na wypadek śmierci, a także brakiem możliwości indeksacji świadczeń.

Należną wartość Premii Nadzwyczajnej / Udziału w zysku, wartość Funduszu Inwestycyjnego Indeksacji (o ile Umowa była indeksowana) proszę przekazać na:

adres korespondencyjny

konto wskazane w pkt 9

7. Zmiana wysokości składki / sumy ubezpieczenia **

Nazwa Umowy, której
dotyczy zmiana

a)

Zmiana wysokości składki
* Bez opłaty stałej i umów dodatkowych (jeśli dotyczy).

Nowa składka*

b)

Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia

Nowa suma ubezpieczenia

W przypadku wniosku o podwyższenie składki / sumy ubezpieczenia prosimy o dołączenie wypełnionego formularza „Oświadczenie o stanie zdrowia”.

Zmiana zostanie dokonana, o ile warunki Umowy ją przewidują, a nowa wysokość składki / sumy ubezpieczenia będzie zgodna z obowiązującymi limitami.

** Dotyczy sytuacji, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej.

W oparciu o Ustawę o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu należy wypełnić, podpisać oraz dołączyć do niniejszego wniosku załącznik „Dodatkowe oświadczenie w związku z Ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Załącznik PS/AML)”.

8. Inne

9. Rachunek bankowy do zwrotów

Numer rachunku
bankowego

Dane właściciela
rachunku
(imię, nazwisko lub
nazwa, adres)

Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa i adres Banku

Kod BIC (SWIFT)

Waluta

10. Pozostałe upoważnienia

1. Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez MetLife TUnŻiR S.A. informacji handlowej lub przedstawianie ofert marketingowych, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących, za pomocą:
- a) telefonu (głosowo), Tak
 - b) sms/mms, Tak
 - c) poczty elektronicznej, Tak
 - d) Portalu Internetowego e-klient. Tak
2. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez MetLife TUnŻiR S.A. moich danych osobowych spółce MetLife Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. z siedzibą w Warszawie, w celu przesyłania przez nią informacji handlowej lub przedstawiania ofert marketingowych dotyczących własnych produktów, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących, za pomocą:
- a) telefonu (głosowo), Tak
 - b) sms/mms, Tak
 - c) poczty elektronicznej. Tak

11. Podpis osoby uprawnionej

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczającego

Podpis Ubezpieczonego, Współubezpieczonego,
Małżonka / Partnera

Oświadczenie Przedstawiciela Towarzystwa

(dotyczy sytuacji, gdy wniosek jest składany w obecności Przedstawiciela Towarzystwa)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście w mojej obecności. Zweryfikowałem tożsamość ww. osób na podstawie dokumentów:

Ubezpieczony –
seria i nr dowodu
osobistego / paszportu

Małżonek / Partner –
seria i nr dowodu
osobistego / paszportu

Tel. kontaktowy
Przedstawiciela
Towarzystwa

Wpółubezpieczony –
seria i nr dowodu
osobistego / paszportu

Ubezpieczający – seria i nr dowodu
osobistego / paszportu

Kod Przedstawiciela
Towarzystwa

Podpis i pieczęćka Przedstawiciela Towarzystwa