

| | |
|--|-----------------|
| DETALII DESPRE POLIȚA DE ASIGURARE | |
| Nr. Poliță de asigurare: | Data începerii: |
| DATELE DE IDENTIFICARE ALE CONTRACTANTULUI | |
| Nume și Prenume / Denumire Societate: | |
| Persoană de contact: | |
| Adresa Sediul Social / Punct de lucru: | |
| CNP/CUI: | |
| Telefon: | E-mail: |
| DATELE DE IDENTIFICARE ALE ASIGURATULUI (dacă este diferit de contractant) | |
| Nume și Prenume: | |
| Adresa permanentă | |
| Adresa de contact | |
| CNP: | |
| Telefon: | E-mail: |
| DETALII BANCARE BENEFICIAR LA MATURITATE | |
| Solicitez ca Indemnizația de maturitate să fie plătită prin transfer bancar în următorul cont deschis în moneda Contractului pe numele meu | |
| Cont IBAN: | |
| Banca: | |

DOCUMENTE NECESARE (Formularul va fi însoțit de următoarele documente – vă rugăm bifați documentele depuse):

- Polița de asigurare
- Dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare de către Contractantul asigurării;
- Actul de identitate al Beneficiarului la maturitate (copie certificată cu originalul) sau orice alt document care poate fi folosit pentru identificarea acestuia;
- Anexa FATCA&CRS completată de Beneficiarul la maturitate;
- Copia contractului de cesiune în favoarea unui creditor (dacă este cazul);
- Declarația creditorului din care să rezulte că împrumutul a fost/nu a fost rambursat până la momentul acestei cereri de maturitate (dacă este cazul).

DECLARAȚIE

Subsemnatul (numele și prenumele în clar): _____ în calitate de Beneficiar la maturitatea contractului, solicit prin prezenta acordarea Indemnizației de asigurare la maturitatea contractului de asigurare.

Declar prin prezenta că sunt de acord cu plata Indemnizației de asigurare la maturitatea contractului de asigurare, de către UNIQA Asigurări de viață S.A prin transfer bancar în contul deschis pe numele meu, furnizat de mine mai sus prin prezentul formular. De asemenea, declar că toate informațiile de mai sus sunt adevărate din câte cunosc și știu, fără a omite nici un aspect.

COMUNICARE ELECTRONICĂ

Imi exprim acordul neechivoc pentru comunicarea cu UNIQA Asigurări de viață (denumită în continuare UNIQA) pe cale electronică, utilizând datele de contact comunicate în prezentul document. Înțeleg și sunt de acord cu faptul că această comunicare electronică va produce aceleași efecte juridice ca și comunicarea scrisă.

- DA NU

PRELUCRARE DATE CU CARACTER PERSONAL

Am primit, citit și înțeles termenii de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal (Anexa 1). Am fost informat în legătură cu drepturile pe care le am în ceea ce privește protecția datelor cu caracter personal și despre faptul că UNIQA prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în scopul prestării de servicii de asigurare și de instrumentare a dosarelor de maturitate. În vederea ducerii la îndeplinire a acestor servicii, datele colectate pot fi transmise și către alte entități din cadrul grupului UNIQA sau către alți terți împuterniciți expres de UNIQA.

Data:

Numele, Prenumele și Semnatura