

Po zalogowaniu do portalu e-klient na stronie www.metlife.pl i następnie identyfikacji numerem PIN można uzyskać informacje o polisie, jak również dokonać aktualizacji danych teleadresowych.



Nr Umowy

1. Ubezpieczający

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól w pkt 1 oraz zapoznanie się z treścią oświadczeń znajdujących się na drugiej stronie wniosku w pkt 10.

Nazwisko i imię / Nazwa

Numer kierunkowy kraju Telefon kontaktowy E-mail

A) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną

PESEL Miejscowość urodzenia Kraj urodzenia

Obywatelstwo polskie inne (jaki?) 1. 2.

Kraj rezydencji podatkowej* Polska inny (jaki?) 1. 2.

* Przez kraj rezydencji podatkowej należy rozumieć kraj, w którym podlega się opodatkowaniu od całości dochodów zgodnie z przepisami prawa wewnętrznego tego kraju, ze względu na miejsce zamieszkania lub inne kryterium o podobnym charakterze.

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Aktualny adres zamieszkania

Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

B) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej

Kraj rejestracji podmiotu gospodarczego Forma prawna KRS / REGON

Kraj prowadzenia działalności podmiotu gospodarczego Polska inny (jaki?) 1. 2.

Kraj rezydencji podatkowej Polska inny (jaki?) 1. 2.

Dane osób reprezentujących

Nazwisko i imię PESEL

Nazwisko i imię PESEL

2. Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL Seria i numer dowodu osobistego / paszportu Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Telefon kontaktowy E-mail

3. Zmiana danych

A) Zmiana adresu

Dotyczy wszystkich polis Ubezpieczającego Ubezpieczonego

Nowy adres korespondencyjny / Nowy adres siedziby

Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

B) Zmiana nazwiska / nazwy Ubezpieczającego Ubezpieczonego

Nowe nazwisko*/nazwa Ubezpieczającego będącego osobą prawną

* Prosimy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego zmianę, np. kopię dowodu osobistego, kopię aktu małżeństwa.

4. Zmiana osób Uposażonych (wypełnia osoba wskazana poniżej)

Podanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z unieważnieniem Uposażonych wskazanych uprzednio.

Nazwisko i imię osoby wyznaczającej Uposażonych

a. Uposażeni na wypadek śmierci wyznaczeni przez: Ubezpieczonego Współubezpieczonego Małżonka / Partnera Ubezpieczającego

Nazwisko i imię Uposażonego	Data urodzenia	PESEL	Udział %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

Suma udziałów: 100%

O ile nie ustalono inaczej, świadczenia zostaną podzielone w równych częściach pomiędzy Uposażonych, którzy pozostaną przy życiu po śmierci odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka / Partnera, Ubezpieczającego.

b. Uposażeni na wypadek śmierci wyznaczeni przez: Ubezpieczonego

Nazwisko i imię Uposażonego głównego	Data urodzenia	PESEL	Udział %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100 %

W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone pozostającemu przy życiu Uposażonemu głównemu, a w przypadku jego braku Uposażonemu dodatkowemu.

Nazwisko i imię Uposażonego dodatkowego	Data urodzenia	PESEL	Udział %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100 %

5. Zmiana częstotliwości opłacania składek*

Niniejszym wnioskuję o zmianę częstotliwości opłacania składek na tryb:

 roczny półroczny kwartalny miesięczny**

* Zmiana zostanie dokonana, o ile wysokość składki będzie zgodna z obowiązującymi limitami.

** Tylko w przypadku, jeśli Umowa przewiduje możliwość opłacania w trybie miesięcznym.

6. Rezygnacja z umowy dodatkowej

Nazwa Umowy zgodna ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia

Nazwa Umowy zgodna ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia

7. 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 8

8. Rachunek bankowy do zwrotów

Numer rachunku bankowego

Dane właściciela rachunku (imię, nazwisko lub nazwa wraz z adresem)

Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa Banku

Adres Banku

Kod BIC (SWIFT) Waluta

9. Upoważnienia

Prosimy o wypełnienie, jeżeli upoważnienia dotychczas nie zostały przekazane do Towarzystwa.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na świadczenie usług za pomocą środków komunikacji elektronicznej przez Towarzystwo przy użyciu telefonu i poczty elektronicznej na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu Internetowego e-klient przez MetLife TUnŻiR S.A. za pośrednictwem telefonu i systemu IVR oraz przy użyciu Internetu:

Wyrażam zgodę
Ubezpieczający Ubezpieczony
Tak Tak

– w zakresie informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem łączącej mnie z Towarzystwem umowy ubezpieczenia.

Tak

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie przez MetLife TUnŻiR S.A. za pośrednictwem Portalu Internetowego e-klient lub innego trwałego nośnika oraz za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji rocznej o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy (dotyczy tylko osób fizycznych).

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

10. Oświadczenia

1. Ubezpieczający oświadcza, że zgodnie z art. 19 ust. 5 Ustawy o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz zgodnie z art. 43 ust. 1 Ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami jest świadomy konieczności składania oświadczeń i przedstawiania dokumentów niezbędnych, na podstawie procedur należytej staranności stosowanych przez Towarzystwo, w zakresie weryfikacji informacji dotyczących posiadanych obywatelstw, krajów rezydencji podatkowej, kraju rejestracji i krajów prowadzenia działalności podmiotu, adresów i numerów telefonów oraz miejscowości i kraju urodzenia. W przypadku zmiany powyższych informacji Ubezpieczający zobowiązuje się złożyć w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności, zaktualizowane oświadczenie w tym zakresie.

2. Ubezpieczający przyjmuje do wiadomości, że zgodnie z Ustawą o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami Towarzystwo uprawnione będzie do gromadzenia i przekazywania właściwym organom informacji dotyczących jego osoby.

3. Ubezpieczający przyjmuje do wiadomości, że informacje dotyczące miejsca i kraju urodzenia, krajów rezydencji podatkowej, kraju rejestracji, krajów prowadzenia działalności podmiotu nie są wymagane w przypadku umów ubezpieczenia, które nie przewidują wypłaty wartości wykupu.

11. Podpis osoby uprawnionej

Prosimy złożyć podpis zgodny ze wzorem podpisu.

Miejscowość i data

Dotyczy zmiany nazwiska (nowy wzór podpisu)

Podpis Ubezpieczonego, Współubezpieczonego,
Małżonka / Partnera, Ubezpieczającego

Oświadczenie Przedstawiciela Towarzystwa

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

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście przez Ubezpieczonego, Współubezpieczonego, Małżonka / Partnera, Ubezpieczającego w mojej obecności po potwierdzeniu ich tożsamości na podstawie dokumentów. Zweryfikowałem tożsamość ww. osób.

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