

Data: ____/____/____



Cerere pentru modificarea poliței (POS 01)

Toate informațiile din prezenta secțiune sunt obligatorii.

Număr Poliță:
Data aniversării:

Cod consultant:

Nume Titular:

Pseudonim:

Cetățenia:

Rezident(ă): Da Nu

CNP:

Nr. și seria B.I./C.I.:

Emis de:

Telefon:

Țara de origine:

Data eliberării:

Nume Asigurat:

Pseudonim:

Cetățenia:

Rezident(ă): Da Nu

CNP:

Nr. și seria B.I./C.I.:

Emis de:

Telefon:

Țara de origine:

Data eliberării:

Vă rog să efectuați următoarele modificări în conținutul poliței: (bifați solicitarea)

1. Schimbarea adresei de corespondență

Noua adresă de corespondență:

Vechea adresă de corespondență:

2. Schimbarea Titularului sau numelui Titularului și/sau Asiguratului

(în caz de schimbare a titularului pentru persoane juridice a se furniza date despre societate în Anexa 1)

Titular vechi:

Titular nou:

Data și locul nașterii:

Nr. și seria B.I./C.I.:

Emis de:

Domiciliul stabil/reședința:

Cetățenia:

Rezident(ă): Da Nu

Denumirea și locul desfășurării activității/ocupația:

Relația cu Asiguratul:

CNP:

Pseudonim:

CNP:

Data eliberării:

Țara de origine:

Telefon:

3. Schimbarea beneficiarilor

(Suma procentelor-%- trebuie să fie de 100%)

Noii beneficiari	Relația cu Asiguratul	CNP	Procent
1. _____	_____	_____	_____%
2. _____	_____	_____	_____%
3. _____	_____	_____	_____%

4. Schimbarea modului de plată

(cerere în intervalul 90-60 zile înainte de aniversare)

Frecvența veche: Trimestrial Semestrial Anual

Frecvența nouă: Semestrial Anual

5. Adăugare/Eliminare beneficii suplimentare

(cerere în intervalul 90-60 zile înainte de aniversare; pentru persoane juridice a se furniza date despre societate în Anexa 1)

Clauza de exonerare de la plata primelor (WOP)

Clauza pentru protecția copilului (CPA)

Clauze (PA) de Spitalizare și Chirurgicale din Accident

___ RON

Clauze (PULS) de Spitalizare și Chirurgicale din Accident sau Îmbolnăvire

___ RON

Clauze PA Junior (titular)-Deces și Invaliditate ca urmare a unui Accident

___ RON

Clauze PA Junior (asigurat) de Spitalizare și Chirurgicale din Accident

___ RON

Asigurare Temporară de Deces

Perioada dorită: ___ ani

___ RON

6. Adăugare Clauze Investiționale

(pentru persoane juridice a se furniza date despre societate în Anexa 1)

Indexarea (cerere în intervalul 90-60 zile înainte de aniversare)

Prima specială pentru investiții min. 700 RON, cf. doc. nr. ___ din ___/___/___

(primă unică/primă specială pentru investiții; cerere în cursul anului calendaristic)

7. Schimbarea ocupației

Noua ocupație (plus descrierea activității):

Loc de muncă (profilul societății):

Tel.:

Adresa locului de muncă:

devine noua adresă de corespondență

8. Emitere duplicat

Motivul cererii:

9. Alte solicitări de competența POS:

Suma plătită pentru efectuarea modificării (comunicată de Alico Asigurări România S.A.): _____ RON

Precizați venitul anual al Titularului / Noului Titular al Asigurării: _____

Sursa veniturilor, precum și a fondurilor implicate în relația de afaceri: _____

În cazul în care sunteți persoană expusă politic¹ vă rugăm să ne furnizați următoarele informații:

Funcția publică: _____

Subsemnatul, în calitate de Titular / Asigurat, confirm prin prezenta că înțeleg și sunt de acord cu următoarele:

- mi-a fost adus la cunoștință, înțeleg și sunt de acord cu faptul că această cerere este tipărită, completată și semnată pe hârtie autocopiativă, în două exemplare având aceeași valoare de original;

- solicitarea de la punctele 4, 5, 6 și 7 modifică corespunzător prima de plată;

- solicitările cuprinse în cerere vor fi considerate efective numai după momentul acceptării acestora de către sediul central al Alico Asigurări România S.A. ("Societatea")

- sunt de acord ca Societatea să efectueze orice prelucrare a datelor cuprinse în prezenta cerere, 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 și până la cinci ani după încetarea acestuia. 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 cerute, 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 acestora, precum și ale societăților 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 ai societății, prestatorii de servicii de studii de piață cu care Societatea a încheiat contracte de colaborare, partenerii contractuali ai Societății (reasigurători, bănci, brokeri, alte instituții financiare etc.), alte companii din același grup din care face parte 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.

În conformitate cu Legea 677/2001, declar că am luat 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 îmi fie comunicate la o anumită adresă, inclusiv prin poștă 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 de viitor, precum 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 ca dezacordul meu să fie exprimat în scris și înaintat Societății împreună cu prezenta cerere.

Alico Asigurări România S.A. figurează în Registrul operațiunilor de date cu caracter personal la nr. 2012.

Declar că scopul și natura operațiunilor derulate cu Societatea reprezintă prezentul contract de asigurare.

Atașez prezentei solicitări următoarele documente: (vă rugăm bifați)

- polița în vigoare;
- chestionar medical privind starea de sănătate a Titularului/Asiguratului;
- copie după dovada de schimbare a numelui;
- dovada plății

Semnătura Titularului:

Semnătura Asiguratului:

Semnătura Consultantului:

¹ Persoanele fizice care exercită sau au exercitat funcții publice importante, membrii direcți ai familiilor acestora, precum și persoanele cunoscute public ca asociați ai persoanelor fizice care exercită funcții publice importante conform Art. 1 pct. 3 art. 21 din Ordonanța de urgență a guvernului Nr. 53/2008 privind modificarea și completarea Legii Nr. 656/2002, pentru prevenirea și sancționarea spălării banilor, precum și pentru instituirea unor măsuri de prevenire și combatere a finanțării actelor de terorism. În cazul unei expuneri politice ulterioare sau a modificării informațiilor furnizate mai sus, mă oblig să anunț în scris Societatea.