

Po zalogowaniu do portalu e-klient na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl) można uzyskać informacje o polisie, jak również dokonać aktualizacji danych teleadresowych.



Numer Umowy

## 1. Ubezpieczający

Nazwisko i imię / Nazwa

Numer kierunkowy kraju  Telefon kontaktowy  E-mail

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu  Data ważności dowodu osobistego / paszportu           Dowód osobisty  Paszport

PESEL  KRS / REGON\*

\* Pole wymagane również dla osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.

## 2. Ubezpieczony

Nazwisko i imię

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu  Data ważności dowodu osobistego / paszportu           Dowód osobisty  Paszport

PESEL

Numer kierunkowy kraju  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.

Wyrażam zgodę  
Ubezpieczający  Ubezpieczony

Tak  Tak

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.

Tak

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

## 4. Zmiana danych

Ubezpieczającego  Ubezpiezonego

### A) Zmiana adresu korespondencyjnego

Nowy adres korespondencyjny / Nowy adres siedziby*	Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

\* Dotyczy wszystkich umów Ubezpieczającego / Ubezpiezonego.

### B) Zmiana adresu zamieszkania

Nowy adres zamieszkania	Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

### C) Zmiana nazwiska / nazwy

Nowe nazwisko\*\* / Nowa nazwa Ubezpieczającego będącego osobą prawną

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

### D) Zmiana numeru dokumentu tożsamości

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

### E) Aktualizacja rezydencji podatkowej

Kraj rezydencji podatkowej\*\*\* Polska  inny (jaki?)

Numer TIN  TIN nie został nadany

\*\*\* 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.

W przypadku zmiany statusu FATCA / CRS dla podmiotu niezbędne jest wypełnienie załącznika „Oświadczenie o statusie FATCA / CRS dla osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej”.

Ubezpieczający oświadcza, że jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuje się do niezwłocznej aktualizacji niniejszych oświadczeń w zakresie statusu FATCA / CRS w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie utraciło ważność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji złożonego oświadczenia.

Towarzystwo jest zobowiązane do przekazania Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, w celu przekazania administracji podatkowej USA lub innemu właściwemu organowi państwa uczestniczącego, danych dotyczących rezydentów podatkowych USA lub innego państwa uczestniczącego (na podstawie oświadczenia, jak również w przypadku, gdy stwierdzono wobec takiej osoby przestanki świadczące o zagranicznej rezydencji i nie zostały dostarczone wymagane dokumenty).

Oświadczenia w zakresie rezydencji podatkowej USA lub innego państwa gromadzone są na podstawie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z ww. ustaw. Ubezpieczający ma prawo do dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania.

## 5. Zmiana osób Uposażonych (wypełnia osoba wskazana poniżej)

Proszę o przysłanie potwierdzenia zmiany osób Uposażonych Tak

Podanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z unieważnieniem Uposażonych wskazanych uprzednio.

Uposażonych wskazuje: Ubezpieczony  Współubezpieczony  Małżonek / Partner  Ubezpieczający\*

\* O ile Ogólne Warunki Ubezpieczenia / Aneks do Umowy nie stanowi inaczej, wskazanie Uposażonych przez Ubezpieczającego wymaga pisemnej zgody Ubezpiezonego.

Nazwisko i imię / Nazwa osoby wyznaczającej Uposażonych

a. Uposażeni na wypadek śmierci:  Ubezpieczonego  Współubezpieczonego  Małżonka / Partnera  Ubezpieczającego   
(nie dotyczy umowy Gwarantowana Emerytura+)

Nazwisko i imię Uposażonego	Data urodzenia	PESEL	Udział %

Suma udziałów: 100%

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

b. Uposażeni na wypadek śmierci wyznaczeni przez:  Ubezpieczonego   
(dotyczy umowy Gwarantowana Emerytura+)

Nazwisko i imię Uposażonego głównego	Data urodzenia	PESEL	Udział %
			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 %
			100%

## 6. 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

## 7. 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

## 8. Podpis osoby uprawnionej

Prosimy złożyć podpis zgodny ze wzorem podpisu.

Miejscowość i data  Dotyczy zmiany nazwiska (nowy wzór podpisu)  Podpis Ubezpieczonego, Współubezpieczonego, Małżonka / Partnera  Podpis Ubezpieczającego

## 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 <input type="text"/>	Współubezpieczony – seria i nr dowodu osobistego / paszportu <input type="text"/>
Małżonek / Partner – seria i nr dowodu osobistego / paszportu <input type="text"/>	Ubezpieczający – seria i nr dowodu osobistego / paszportu <input type="text"/>
Tel. kontaktowy Przedstawiciela Towarzystwa <input type="text"/>	Kod Przedstawiciela Towarzystwa <input type="text"/>

Podpis i pieczęćka Przedstawiciela Towarzystwa