

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΚΥΡΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ (αν είναι άλλος από τον ασφαλισμένο)
	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Να επισυναφθεί αντίγραφο ταυτότητας	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Να επισυναφθεί αντίγραφο ταυτότητας

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ /
ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΟΙΚΙΑΣ / ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ
 Αντιλαμβάνομαι ότι με την ακύρωση του Ασφαλιστηρίου χάνεται η πολύτιμη κάλυψη που προσφέρει το συμβόλαιο προς την οικογένεια μου. Επιπρόσθετα έχω ζητήσει πληροφορίες σχετικά με το ποσό της Αξίας Εξαγοράς (ακυρώσεως) που θα μου επιστραφεί και έχω μελετήσει τις οικονομικές επιπτώσεις.

Συμφωνώ ότι η πληρωμή του ποσού που προβλέπεται σύμφωνα με την αίτηση μου αυτή θα αποτελεί πλήρη και τελική εξόφληση όλων των απαιτήσεων μου που απορρέουν από το Ασφαλιστήριο αυτό και ότι δεν έχω καμία άλλη απαίτηση

Ημερομηνία
Υπογραφή Ασφαλισμένου.....
Υπογραφή Αντισυμβαλλομένου
Υπογραφή Αμετάκλητου Δικαιούχου
Υπογραφή Δικαιούχου Εκχώρησης.....
Υπογραφή Μάρτυρα

Σχόλια & Υπογραφή Διευθυντή Υποκαταστήματος

Ο Δ Η Γ Ι Ε Σ 1. Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται σε δύο αντίγραφα τα οποία πρέπει να προσκομιστούν στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας. Το ένα αντίγραφο θα επιστραφεί μαζί με τη σχετική επιταγή στον αιτητή. 2. Αν ο δικαιούχος είναι αμετάκλητος πρέπει επίσης να υπογράψει. 3. Αν το Ασφαλιστήριο έχει εκχωρηθεί πρέπει να υπογράψει και ο δικαιούχος εκχώρησης. 4. Η Εταιρεία δεν θα προωθήσει την αίτηση αυτή αν μαζί με αυτή δεν επισυνάπτεται και το Ασφαλιστήριο. 5. Να επισυναφθεί πιστοποιητικό IBAN 6. Να επισυναφθεί αντίγραφο Ταυτότητας Ασφαλισμένου και Αντισυμβαλλόμενου (αν είναι άλλος από τον ασφαλισμένο).	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ Ασφάλιστρα πληρώθηκαν μέχρι..... Ποσό Αξίας Εξαγοράς..... Αξία Εξαγοράς Μερισμάτων/ΠΑΜΑ..... Χρεωστικό Υπόλοιπο..... Τόκος Χρεωστικού Υπολοίπου Άλλα..... Συνολικό πληρωτέο ποσό €.....
--	--

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ
--

Υπολογίσθηκε/Ελέγχθηκε από

Εγκρίθηκε από

Ημερομηνία

Ημερομηνία

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ - ΕΙΔΙΚΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ & ΟΔΗΓΙΕΣ

Η παρακάτω Δήλωση προορίζεται προς συμπλήρωση για φορολογικούς σκοπούς.

Σύμφωνα με την Οδηγία 2014/107/ΕΕ περί 'Αυτόματης Ανταλλαγής Χρηματοοικονομικών Λογαριασμών' (Κοινό Πρότυπο Αναφοράς – **CRS**), όπως ενσωματώθηκε στην Κύπρο με το Διάταγμα 161/2016 ημερομηνίας 20.05.2016, καθώς και με την εκδοθείσα πράξη των Η.Π.Α για τη 'Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής' (**FATCA**), η MetLife Europe d.a.c υποχρεούται να εξετάσει αν ο Ασφαλισμένος, ο Αντισυμβαλλόμενος/Αιτητής και κάθε Δικαιούχος είναι πολίτης ή/και φορολογικός κάτοικος των Η.Π.Α ή άλλης χώρας.

Εάν αυτό κρίνεται απαραίτητο, η MetLife Europe d.a.c υποχρεούται να κοινοποιεί τις πληροφορίες που συλλέγει στις αρμόδιες φορολογικές αρχές. Η MetLife Europe d.a.c δεν εξουσιοδοτείται να παρέχει φορολογικές συμβουλές και δεν φέρει ευθύνη για την πλημμελή ή ελλιπή συμπλήρωση των στοιχείων.

Σε περίπτωση που έχετε οποιαδήποτε απορία σχετικά με την συμπλήρωση της παρακάτω Δήλωσης, παρακαλείσθε όπως συμβουλευθείτε τον φορολογικό σας σύμβουλο. Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω ότι:

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ/ ΑΙΤΗΤΗΣ	☐	☐	Είμαι φορολογικός κάτοικος ΜΟΝΟ της Κύπρου
	☐	☐	Είμαι πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής
	☐	☐	Υπόκειμαι στην Ομοσπονδιακή Φορολογία εισοδήματος των Η.Π.Α
	☐	☐	Διαθέτω διαβατήριο που εκδόθηκε στις Η.Π.Α
	☐	☐	Είμαι κάτοχος πράσινης κάρτας διαμονής στις Η.Π.Α
	☐	☐	Έχω γεννηθεί στις Η.Π.Α
	☐	☐	Διαθέτω στις Η.Π.Α ταχυδρομική διεύθυνση / διεύθυνση κατοικίας
	☐	☐	Διαθέτω στις Η.Π.Α αριθμό τηλεφώνου
	☐	☐	Διαθέτω στις Η.Π.Α τραπεζικό λογαριασμό
	☐	☐	Διαθέτω αντίκλητο/πληρεξούσιο για τις υποθέσεις μου στις Η.Π.Α
☐	☐	Είμαι φορολογικός κάτοικος χώρας ΕΚΤΟΣ Κύπρου και Η.Π.Α	

Σε περίπτωση που σημειώσατε κάποια από τις παραπάνω δηλώσεις, πλην της πρώτης, να σημειωθεί το Α.Φ.Μ. σας στις Η.Π.Α ή στη χώρα της φορολογικής σας κατοικίας (πλην της Κύπρου).

Ασφαλισμένος

A.Χώρα: _____ A.Φ.Μ: _____ B.Χώρα: _____ A.Φ.Μ: _____ Γ.Χώρα: _____ A.Φ.Μ: _____

Αντισυμβαλλόμενος/Αιτητής

A.Χώρα: _____ A.Φ.Μ: _____ B.Χώρα: _____ A.Φ.Μ: _____ Γ.Χώρα: _____ A.Φ.Μ: _____

ΕΙΔΙΚΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ & ΟΔΗΓΙΕΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

Ο Ασφαλισμένος ή/και Αντισυμβαλλόμενος/Αιτητής αποδέχεται και συμφωνεί ότι θα ενημερώσει την MetLife Europe d.a.c εντός τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση που υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή κατά την οποία ο ίδιος ή κάποιος από τους δικαιούχους γίνει υπήκοος των Η.Π.Α., που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α. ή μεταφέρει την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε υπήκοο των Η.Π.Α ή γίνει φορολογικός κάτοικος κάποιας χώρας εκτός της Κύπρου. Επίσης, είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο Η.Π.Α. ή φορολογικό κάτοικο χώρας εκτός της Κύπρου θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με την Νομοθεσία των Η.Π.Α. (νομοθεσία FATCA) ή της άλλης χώρας.

Τόπος & Ημερομηνία

Υπογραφή **Ασφαλισμένου**

Υπογραφή **Αντισυμβαλλόμενου** (σε περίπτωση που είναι άλλος από τον ασφαλισμένο)

Υπογραφή **Αιτητή** (σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος είναι κάτω των 18)

Υπογραφή **Γονέα/Κηδεμόνα** Συμφωνώ με τις προτεινόμενες αλλαγές της παρούσας Αίτησης

Υπογραφή Ασφαλιστικού **Συμβούλου** _____ Αρ. Μητρώου _____ Κωδικός _____