

ΛΗΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ (αν είναι άλλος από τον ασφαλισμένο)
Καθαρό πληρωτέο ποσό στη λήξη*	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
€	(Να επισυναφθεί αντίγραφο ταυτότητας)	(Να επισυναφθεί αντίγραφο ταυτότητας)

Σύμφωνα με το πιο πάνω ασφαλιστήριο που λήγει στις..... αιτούμαι στην MetLife Europe d.a.c όπως μου καταβάλλει το καθαρό ποσό σύμφωνα με τις πιο κάτω οδηγίες μου.

☐ Το ποσό των € να μεταφερθεί στη νέα αίτηση ασφάλισης που έχω υπογράψει υπ αριθμό και το υπόλοιπο ποσό να τύχει χειρισμού ως οι οδηγίες μου πιο κάτω.

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

Υπογραφή Ασφαλισμένου Υπογραφή Αντισυμβαλλόμενου

Υπογραφή Αμετάκλητου Δικαιούχου Υπογραφή Εκδοχέα

Υπογραφή Μάρτυρα Ημερομηνία

- | | | |
|--|-----|---|
| 1. Πληρωμή του “καθαρού πληρωτέου ποσού λήξης” όπως αναφέρεται πιο πάνω* | [] | ή |
| 2. ΙΣΟΒΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΓΓΥΗΜΕΝΗ ΑΦΟΥ ΕΙΣΠΡΑΧΘΕΙ ΕΦΑΠΑΞ ΤΟ ΠΡΟΙΟΝ ΑΠΟΔΟΣΗΣ | | |
| (α) Ισόβια Μηνιαία Σύνταξη στον Ασφαλισμένο | [] | ή |
| (β) Ισόβια Μηνιαία Σύνταξη στον Ασφαλισμένο με ελάχιστη περίοδο πληρωμής..... χρόνια | [] | |
| 3. ΜΗΝΙΑΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΙΟΝ ΑΠΟΔΟΣΗΣ | | |
| (α) Ισόβια μηνιαία σύνταξη στον Ασφαλισμένο | [] | ή |
| (β) Ισόβια μηνιαία σύνταξη στο Ασφαλισμένο με ελάχιστη περίοδο πληρωμής..... χρόνια | [] | |

Για να μας βοηθήσετε να γίνουμε καλύτεροι, παρακαλώ απαντήστε τις πιο κάτω ερωτήσεις.

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| (α) Είστε ικανοποιημένοι με την εξυπηρέτηση που σας έχουμε προσφέρει; | ΝΑΙ ☐ | ΟΧΙ ☐ | |
| (β) Θα συστήνατε την MetLife Europe d.a.c σε κάποιο γνωστό, φίλο, συγγενή κ.λ.π. | ΝΑΙ ☐ | ΟΧΙ ☐ | |
| | ☐ | ☐ | |

Αν η απάντηση σε όποιο από τα δύο ερωτήματα είναι ΟΧΙ, παρακαλώ σχολιάστε :.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται σε 2 αντίγραφα τα οποία πρέπει να προσκομιστούν στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας. Το ένα αντίγραφο θα επιστραφεί μαζί με τη σχετική επιταγή στον αιτούντα.
2. Αν στο συμβόλαιο ορίζεται αμετάκλητος δικαιούχος θα πρέπει επίσης να υπογράψει.
3. Αν το Ασφαλιστήριο έχει εκχωρηθεί πρέπει να υπογράψει και ο εκδοχέας.
4. Παρακαλώ όπως το παρόν έντυπο συμπληρωθεί και επιστραφεί στην MetLife Europe d.a.c μαζί με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.
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

Εφάπαξ Εγγυημένο ποσό Λήξης

Π.Α.Μ.Α

Άλλα

Υπόλοιπο Δανείου

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:

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Είμαι φορολογικός κάτοικος ΜΟΝΟ της Κύπρου |
| ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ
ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ/
ΑΙΤΗΤΗΣ | ☐ | 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

Α.Χώρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Β.Χώρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Γ.Χώρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Αντισυμβαλλόμενος/Αιτητής

Α.Χώρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Β.Χώρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Γ.Χώρα: _____ Α.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 _____