

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΟΛΙΚΗ ΕΞΑΓΟΡΑ ALICO LIFE INVEST PLUS & MULTIGLOBAL INVEST

☐ **ΒΑΣΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ**

ή

☐ **ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ
Κωδ. Υποκατ. _____	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ _____
 ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΟΙΚΙΑΣ/ΕΡΓΑΣΙΑΣ _____
 ΣΧΟΛΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ (αιτία εξαγοράς) _____

Σημείωση:

1. Το ποσό της εξαγοράς υπολογίζεται με βάση την τιμή εξαγοράς των μεριδίων και θα ολοκληρωθεί το αργότερο τη δεύτερη εργάσιμη μέρα που ακολουθεί την ημερομηνία παραλαβής αυτής της αίτησης στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας στη Λευκωσία.
2. Για το **ALICO LIFE INVEST PLUS** το ποσοστό μείωσης της εξαγοράς εφαρμόζεται στα πρώτα €3.415 της Αξίας Λογαριασμού προς εξαγορά.

Για το **MULTIGLOBAL INVEST** η αξία εξαγοράς θα υπολογίζεται όπως έχει οριστεί στον πίνακα του συμβολαίου κάτω από τον **Ειδικό Όρο 12 - Ολική Εξαγορά της Ασφάλισης**.

3. Σε περίπτωση ολικής εξαγοράς πρέπει να επιστραφεί και το ασφαλιστήριο.

4. **Να επισυναφθεί πιστοποιητικό IBAN**

5. Να επισυναφθεί αντίγραφο Ταυτότητας Ασφαλισμένου και Αντισυμβαλλόμενου (αν είναι άλλος από τον ασφαλισμένο).

Συμφωνώ ότι η πληρωμή του ποσού ολικής εξαγοράς της Ασφάλισης Συνδεδεμένης με Αξία Μεριδίων, σύμφωνα με την αίτηση μου αυτή θα αποτελεί ολοσχερή και τελική εξόφληση όλων των απαιτήσεων μου που απορρέουν από την παροχή αυτή και ότι δεν έχω άλλη απαίτηση.

Επίσης δηλώνω ότι μου έχουν εξηγηθεί τα προνόμια που χάνω εγώ και η οικογένεια μου από την εξαγορά αυτής της παροχής.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ _____	ΗΜ/ΝΙΑ _____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ _____	ΗΜ/ΝΙΑ _____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΔΟΧΕΑ _____	ΗΜ/ΝΙΑ _____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΑΡΤΥΡΑ _____	ΗΜ/ΝΙΑ _____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΥΠΟΚ/ΤΗΜΑΤΟΣ _____	ΗΜ/ΝΙΑ _____
ΣΧΟΛΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ _____	

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 _____