



## WNIOSEK O ZMIANĘ OSÓB UPOSAŻONYCH W UMOWIE I RACHUNKACH DEDYKOWANYCH

NUMER POLISY (POLE WYMAGANE) DOTYCZY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

## DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko  Data urodzenia (pole wymagane) 

D D M M R R R R

Imię/Imiona  Nr PESEL (pole wymagane) 

(Pole wymagane)

 Dotyczy umowy głównej Dotyczy wszystkich rachunków dedykowanych Dotyczy rachunku dedykowanegoKod rachunku 

Złożenie niniejszej dyspozycji powoduje jednoczesne odwołanie wszystkich wcześniejszych wskazań Uposażonych

UPOSAŻENI (ODWOŁANIE DOTYCHCZASOWYCH UPOSAŻONYCH I WSKAZANIE NOWYCH)

1	Nazwisko <input type="text"/>	Płeć (K/M) <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/>	Udział w proc. <input type="text"/>
	Imię <input type="text"/>	K / M	D D M M R R R R	
		Pokrewieństwo (w stosunku do Ubezpieczonego) <input type="text"/>		
2	Nazwisko <input type="text"/>	Płeć (K/M) <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/>	Udział w proc. <input type="text"/>
	Imię <input type="text"/>	K / M	D D M M R R R R	
		Pokrewieństwo (w stosunku do Ubezpieczonego) <input type="text"/>		
3	Nazwisko <input type="text"/>	Płeć (K/M) <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/>	Udział w proc. <input type="text"/>
	Imię <input type="text"/>	K / M	D D M M R R R R	
		Pokrewieństwo (w stosunku do Ubezpieczonego) <input type="text"/>		

100%

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY (ODWOŁANIE DOTYCHCZASOWYCH UPOSAŻONYCH I WSKAZANIE NOWYCH)

Wskazanie i zmiany Uposażonych zastępczych regulują ogólne warunki ubezpieczenia danej umowy. Jeśli jednak zmiana dotyczy umowy Twoje Życie, to dodatkowo wnioskuję o to, aby w przypadku braku Uposażonych świadczenie z tytułu mojej śmierci zostało w pierwszej kolejności wypłacone wskazanym poniżej Uposażonym zastępczym, a dopiero w przypadku braku Uposażonych zastępczych - osobom, które tworzą krąg moich ustawowych spadkobierców bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

Uposażony zastępczy to osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych. Wypłata dla Uposażonych zastępczych nastąpi z zastosowaniem zasad ustalonych dla Uposażonych

1	Nazwisko <input type="text"/>	Płeć (K/M) <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/>	Udział w proc. <input type="text"/>
	Imię <input type="text"/>	K / M	D D M M R R R R	
		Pokrewieństwo (w stosunku do Ubezpieczonego) <input type="text"/>		
2	Nazwisko <input type="text"/>	Płeć (K/M) <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/>	Udział w proc. <input type="text"/>
	Imię <input type="text"/>	K / M	D D M M R R R R	
		Pokrewieństwo (w stosunku do Ubezpieczonego) <input type="text"/>		

100%

PIEMNE POTWIERDZENIE DOKONANYCH ZMIAN DANYCH

 Prosimy zaznaczyć pole w przypadku chęci otrzymania potwierdzenia dokonanych zmianPodpis Ubezpieczonego/  
podpis przedstawiciela Ubezpieczonego dziecka

Data podpisania

D D M M R R R R