

Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych

Dotyczy polisy/ wniosku/ certyfikatu/ deklaracji* nr

* Niepotrzebne skreślić.

Ubezpieczony /Uczestnik

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztadiv>

KrajTel. komórkowyE-mail

Unieważniając poprzednie dyspozycje* niniejszym wyznaczam następujących Uposażonych:

* Nie dotyczy pierwszego ustanowienia Uposażonych.

Uposażeni

Lp.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy /stopień pokrewieństwa	Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1			
2			
3			
4			
5			
			1 0 0

Uposażeni zastępczy*

Uposażeni zastępczy – osoby wskazane przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia.

* Dotyczy umów w których definiowano uposażonych zastępczych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Lp.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy /stopień pokrewieństwa	Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1			
2			
3			
4			
5			
			1 0 0

Oświadczam, że znane mi są wszelkie konsekwencje zmiany Uposażonych wynikające z warunków ubezpieczenia, stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia.



Klauzula informacyjna
Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie. Pani/Pana dane będziemy przetwarzać w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, sprzeciwu oraz złożenia skargi do organu nadzorczego. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych są zawarte na stronie internetowej Towarzystwa.

Miejscowość

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczonego