

# Wniosek o zmianę osób uposażonych w umowie i rachunkach dedykowanych



\*L068\*

Numer polisy (pole wymagane) dotyczy ubezpieczenia na życie

## Dane Ubezpieczonego

Imię (imiona) Nazwisko PESEL  Data urodzenia (d-m-r) Obywatelstwa  Kraj urodzenia   
(proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)Typ dokumentu tożsamości  Seria i nr dok. tożsamości Data ważności dok. tożsamości (d-m-r) 
 Dotyczy umowy głównej
  Dotyczy wszystkich rachunków dedykowanych
  Dotyczy rachunku dedykowanego Kodu rachunku 

## Adres zamieszkania

Ulica Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość Kod pocztowy  -  Poczta  Kraj Tel. komórkowy  E-mail 

Złożenie niniejszej dyspozycji powoduje jednoczesne odwołanie wszystkich wcześniejszych wskazań Uposażonych

## Uposażeni (odwołanie dotychczasowych uposażonych i wskazanie nowych)

1. Nazwisko /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy) 2. Nazwisko /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy) 3. Nazwisko /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy) 4. Nazwisko /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy) 5. Nazwisko /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy) 
 1  0  0

## 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 /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy) 2. Nazwisko /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy) 3. Nazwisko /Nazwa firmy  Udział w % Imię (imiona) /Nazwa firmy Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy)

4. Nazwisko /Nazwa firmy	<input type="text"/>	Udział w %	<input type="text"/>
Imię (imiona) /Nazwa firmy	<input type="text"/>		
Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Nazwisko /Nazwa firmy	<input type="text"/>	Udział w %	<input type="text"/>
Imię (imiona) /Nazwa firmy	<input type="text"/>		
Data urodzenia (d-m-r) (osoby fizycznej) /REGON lub NIP (firmy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

1  0  0

**Pisemne potwierdzenie dokonanych zmian danych**

Prosimy zaznaczyć pole w przypadku chęci otrzymania potwierdzenia dokonanych zmian

Data podpisania (d-m-r)

\_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczonego/  
podpis przedstawiciela Ubezpieczonego dziecka