

WNIOSEK WYZNACZENIA/ZMIANY UPOSAŻONYCH

OPPIA-F009-1-0119-PDF

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.

NUMER WNIOSKU/POLISY*

1. DANE UBEZPIEZAJĄCEGO*

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy

PESEL Data urodzenia

NIP (dot. firmy)

2. DANE UBEZPIECZONEGO*

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy

PESEL Data urodzenia

3. UPOSAŻENI

– Udział procentowy musi się sumować do 100% (gdy wniosek jest składany w celu uzupełnienia Uposażonych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, to udział procentowy musi się sumować do 100% razem z udziałami wskazanymi we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W przypadku składania niniejszego wniosku wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia wymienieni poniżej Uposażeni rozszerzają listę Uposażonych wskazanych we wniosku o zawarcie umowy).

– Udział w świadczeniu nie może być mniejszy niż 1%.

– Niniejsza dyspozycja unieważnia wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych (dotyczy przypadku, gdy niniejszy wniosek nie jest składany razem z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia).

Unieważniam wszystkie dotychczasowe dyspozycje dotyczące Uposażonych i nie wyznaczam Uposażonych (dotyczy przypadku, gdy niniejszy wniosek nie jest składany razem z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia).

Imię i nazwisko / nazwa firmy*	Relacja z Ubezpieczonym*	Adres korespondencyjny	Data urodzenia*	PESEL/NIP	%*
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				SUMA ŚWIADCZEŃ	100%

4. UPOSAŻENI ZASTĘPCZY

– Udział procentowy musi się sumować do 100%.

– Wskazanie Uposażonych zastępczych możliwe jest jedynie do umów ubezpieczenia zawartych po 1 stycznia 2018 r. W przypadku wcześniejszych umów konieczne jest dodanie do umowy zapisów o Uposażonych zastępczych.

– Udział w świadczeniu nie może być mniejszy niż 1%.

– Niniejsza dyspozycja unieważnia wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych zastępczych (dotyczy przypadku, gdy niniejszy wniosek nie jest składany razem z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia).

* Podanie danych, informacji lub udzielenie zgód w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć jest to niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, jak również może wynikać z przepisów prawa.

Wnoszę, by do Umowy ubezpieczenia na życie potwierdzonej ww. polisą (dalej: „Umowa ubezpieczenia”), wprowadzono zmiany w zakresie możliwości wskazania Uposażonych zastępczych na poniższych zasadach:

1. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma ani jednego Uposażonego lub wskazanie Uposażonych stało się bezskuteczne, uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony zastępczy.
2. Postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których zawarto Umowę ubezpieczenia (dalej: „OWU”), dotyczące trybu wskazania i zmiany Uposażonych, zasad bezskuteczności wskazania Uposażonych oraz zasad ich procentowego udziału w świadczeniu, stosuje się odpowiednio do Uposażonych zastępczych.
3. Wskazany w OWU osobom uprawnionym do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w razie braku Uposażonych świadczenie to przypada, jeśli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma ani Uposażonych, ani Uposażonych zastępczych.
4. Postanowienia OWU dotyczące wypłaty zaliczki na poczet świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio do Uposażonych zastępczych.

Jednocześnie wskazuję następujących Uposażonych zastępczych:

Unieważniam wszystkie dotychczasowe dyspozycje dotyczące Uposażonych zastępczych i nie wyznaczam Uposażonych zastępczych (dotyczy przypadku, gdy niniejszy wniosek nie jest składany razem z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia).

Imię i nazwisko / nazwa firmy*	Relacja z Ubezpieczonym*	Adres korespondencyjny	Data urodzenia*	PESEL/NIP	%*
			DDMMRRRR		
			DDMMRRRR		
			DDMMRRRR		
			DDMMRRRR		
			DDMMRRRR		
SUMA ŚWIADCZEŃ					100%

MIEJSCOWOŚĆ

DDMMRRRR

DATA I PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO LUB REPREZENTANTÓW UBEZPIECZAJĄCEGO

IMIĘ I NAZWISKO REPREZENTANTA

| | | | | | | | | |

PESEL REPREZENTANTA (LUB DATA URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL)

MIEJSCE URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ

OBYWATELSTWO

MIEJSCOWOŚĆ

DDMMRRRR

DATA I PODPIS UBEZPIECZONEGO LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO W PRZYPADKU MAŁOLETNIICH, OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH LUB OSÓB Z OGRANICZONĄ ZDOLNOŚCIĄ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

| | | | | | | | | |

PESEL PRZEDSTAWICIELA (LUB DATA URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL)

MIEJSCE URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ

OBYWATELSTWO

5. OŚWIADCZENIE KONSULTANTA LUB PRACOWNIKA ODDZIAŁU

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

DDMMRRRR

DATA

IMIĘ I NAZWISKO KONSULTANTA

MIEJSCOWOŚĆ

MIEJSCOWOŚĆ

NUMER

ODDZIAŁ

ODDZIAŁ

PODPIS

PODPIS