

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Ubezpieczenie Nazwa ubezpieczenia:

Numer polisy

Dane Ubezpieczającego

Nazwisko i imię / Nazwa firmy

PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców)

NIP/REGON

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko i imię

PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców)

Zmiana danych* Nowe dane (należy wypełnić wyłącznie modyfikowane dane)

Zmiana danych dotyczy:* Ubezpieczonego Ubezpieczającego

Nazwiska, imienia, numeru PESEL /Nazwy firmy, numeru REGON
Nazwisko, imię / Nazwa firmy

PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców) / REGON

Adresu zamieszkania
Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Dokumentu tożsamości Dowód osobisty Paszport (dotyczy obcokrajowców) Numer i seria Kraj wydania

Danych kontaktowych
Telefon
E-mail

Uprawnionych **Uwaga: Uprawnionymi do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego są wskazane poniżej osoby fizyczne lub prawne. Zmiana obowiązuje od chwili doręczenia zawiadomienia o zmianie do UNIQA TU na Życie S.A.**

1.
Nazwisko i imię / Nazwa PESEL/data urodzenia/REGON
 Udział % w kwocie świadczenia

Adres korespondencyjny

2.
Nazwisko i imię / Nazwa PESEL/data urodzenia/REGON
 Udział % w kwocie świadczenia

Adres korespondencyjny

3.
Nazwisko i imię / Nazwa PESEL/data urodzenia/REGON
 Udział % w kwocie świadczenia

Adres korespondencyjny

Suma udziałów w świadczeniu musi wynieść 100%

Partnera **Uwaga: należy pamiętać, że zmiana Partnera jest możliwa po upływie 12 miesięcy od daty przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub od daty ostatniej zmiany Partnera.**

Nazwisko i imię PESEL/data urodzenia

Pozostaję w związku nieformalnym ze wskazanym wyżej Partnerem i prowadzimy wspólne gospodarstwo domowe i żadne z nas nie pozostaje w związku małżeńskim.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Ubezpieczającego

UWAGA:

Błędne informacje na formularzu powinno się przekreślić ciągłą linią wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być pod rygorem nieważności poświadczane podpisem Ubezpieczonego/Ubezpieczającego zgodnym z podpisem na Deklaracji.

* wybraną opcję zaznaczyć znakiem "X"