



- zmiana danych osobowych
- zmiana osób uposażonych

Numer polisy/numer certyfikatu/numer wniosku/numer deklaracji

Dane osoby zgłaszającej zmiany

Nazwisko _____ Imię _____
PESEL _____ lub DDMMRRRR _____
Data urodzenia

Proszę o zmianę w polisie następujących danych

Jeśli zmieniasz nazwisko, serię i numer dokumentu tożsamości, adres zamieszkania lub osoby uposażone, załącz do wniosku kopię dokumentu tożsamości lub złóż wniosek u osoby reprezentującej UNIQA. Pamiętaj, że osoba ta powinna mieć upoważnienie/pełnomocnictwo od UNIQA.

W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą do wniosku należy załączyć aktualny odpis z KRS lub CEIDG lub inny właściwy dokument. Jako adres siedziby należy rozumieć również adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą.

Nazwisko/nazwa firmy Seria i numer dowodu tożsamości Adres korespondencyjny

Adres zamieszkania/siedziby Uposażonych Numer telefonu, e-mail

Powyższe zmiany dotyczą: Ubezpieczonego Ubezpieczającego Oszczędzającego Uposażonego

Dane po zmianie

Uzupełnij tylko te dane, które uległy zmianie.

Nazwisko/nazwa firmy _____ Imię _____
 dowód osobisty stacjonarny
 paszport komórkowy
Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Telefon _____ Godziny kontaktu _____
 karta pobytu

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

Adres

Jeśli jesteś osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, jako adres siedziby wpisz adres głównego miejsca wykonywania tej działalności.

zamieszkania/siedziby korespondencyjny

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Zmiana Uposażonych

Jeśli zmieniasz uposażonych w ubezpieczeniu Plan Ochronny, wpisz poniżej nazwę umowy dodatkowej (lub kilku umów), sumę ubezpieczenia lub inne informacje pozwalające jednoznacznie zidentyfikować umowę.

Suma udziałów procentowych w świadczeniu musi łącznie wynosić 100%. Prosimy podać wartości w liczbach całkowitych.

1.	_____	_____	_____ %
Nazwisko, imię	PESEL		Udział procentowy w świadczeniu
2.	_____	_____	_____ %
Nazwisko, imię	PESEL		Udział procentowy w świadczeniu
3.	_____	_____	_____ %
Nazwisko, imię	PESEL		Udział procentowy w świadczeniu
4.	_____	_____	_____ %
Nazwisko, imię	PESEL		Udział procentowy w świadczeniu

Oświadczenie

Oświadczam, że otrzymałem/-am dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

Data

Czytelny podpis osoby składającej wniosek

Uwaga: podpisany wniosek prześlij na adres: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo złóż go u osoby reprezentującej UNIQA. Pamiętaj, że osoba ta powinna mieć upoważnienie/ppełnomocnictwo od UNIQA.

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku oraz oświadczam, iż dokonałem/-am weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Numer wewnętrzny/RAU

Data

Czytelny podpis osoby reprezentującej UNIQA