

# Wniosek wyznaczenia/zmiany uposażonych

 Numer wniosku/polisy\* 

PRU-OPPIA-F009-1-0322-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

## 1. Dane Ubezpieczającego\*

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy

PESEL

Data urodzenia

NIP (dot. firmy)

## 2. Dane Ubezpieczonego\*

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

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	Udział %*
			D   D   M   M   R   R   R   R		

\* 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.

			D D M M R R R R		
			D D M M R R R R		
			D D M M R R R R		
			D D M M R R R R		
<b>Suma świadczeń</b>					<b>100%</b>

#### 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).

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. Wskazanym 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	Udział %*
			D D M M R R R R		
			D D M M R R R R		
			D D M M R R R R		
			D D M M R R R R		
			D D M M R R R R		
<b>Suma świadczeń</b>					<b>100%</b>

Miejscowość

Data i podpis Ubezpieczającego lub reprezentantów Ubezpieczającego

Imię i nazwisko reprezentanta

PESEL reprezentanta

(lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr. PESEL)

Państwo urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr. PESEL

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

Miejscowość

Data i podpis ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego w przypadku małoletnich, 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)

Państwo 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.

Data

Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta lub Pracownika oddziału

Numer

Oddział

Podpis