

Wniosek wyznaczenia/zmiany uposażonych

 Numer wniosku/polisy

OPPIA-F009-2-0324-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Podanie danych i złożenie oświadczeń wskazanych w niniejszym wniosku jest niezbędne w celu jego zrealizowania.

1. Dane Ubezpieczającego

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy

PESEL

Data urodzenia

 D | D | M | M | R | R | R | R

NIP (dot. firmy)

2. Dane Ubezpieczonego

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

 D | D | M | M | R | R | R | R

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 %
			<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> D D M M R R R R	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	

			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		
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).

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		
Suma świadczeń					100%

Miejscowość

D | D | M | M | R | R | R | R | R | R

Data i podpis Ubezpieczającego albo osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Miejscowość

D | D | M | M | R | R | R | R | R | R

Data i podpis Ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego w przypadku osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych lub osób z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych

Dane osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Imię i nazwisko

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

Państwo urodzenia
Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
Obywatelstwo

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko

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

Państwo urodzenia
Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
Obywatelstwo**5. Oświadczenie Konsultanta lub Pracownika oddziału**

Przekazałem/am Ubezpieczającemu pełną informację o warunkach umowy ubezpieczenia, której dotyczy niniejszy wniosek.

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami oraz że widziałem/am wszystkich Ubezpieczonych wskazanych w niniejszym wniosku lub załącznikach do wniosku w dniu wypełniania oraz podpisania niniejszego wniosku.

W przypadku Ubezpieczających działających poprzez reprezentanta potwierdzam, że zweryfikowałem, iż osoba reprezentująca Ubezpieczającego jest odpowiednio umocowana do działania w jego imieniu.

Ponadto potwierdzam, że w stosunku do reprezentantów podpisujących niniejszy wniosek wykonałem/am czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

D | D | M | M | R | R | R | R | R | R

Data

Miejscowość
Imię i nazwisko Konsultanta lub Pracownika oddziału
Numer
Oddział
Podpis