

Wniosek wyznaczenia/zmiany
uposażonych

Numer wniosku/polisy

OPPIA-F009-3-1225-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

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

Niniejszy wniosek służy zmianie dyspozycji w zakresie wskazania uposażonych w trakcie obowiązywania umowy, jak również może służyć uzupełnieniu listy uposażonych na etapie wnioskowania o jej zawarcie.

1. Dane Ubezpieczającego

W przypadku wypełniania wniosku bez obecności Konsultanta prosimy o przesłanie kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość tj. skan lub zdjęcie dowodu osobistego (obydwu stron) lub paszportu w części zawierającej dane osobowe Ubezpieczającego.

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy

Telefon komórkowy

Adres e-mail

PESEL

Data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

NIP (dot. firmy)

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: dowodu osobistego/mDowodu/paszportu

Data ważności dokumentu tożsamości

Obywatelstwo: ☐ polskie

lub inne (jakie)

2. Dane Ubezpieczonego

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

3. Uposażeni

– Udział procentowy musi się sumować do 100%.

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

☐ Unieważniam wszystkie dotychczasowe dyspozycje dotyczące Uposażonych i nie wyznaczam Uposażonych.

☐ Wyznaczam następujących Uposażonych:

Imię i nazwisko / nazwa firmy	Relacja z Ubezpieczonym	Data urodzenia	NIP (dotyczy firmy)	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%

4. Uposażeni zastępczy

– Udział procentowy musi się sumować do 100%.

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

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.

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

- 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.
- 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.
- Wskazaniem 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.
- Postanowienia OWU dotyczące wypłaty zaliczki na poczet świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio do Uposażonych zastępczych.

☐ Unieważniam wszystkie dotychczasowe dyspozycje dotyczące Uposażonych zastępczych i nie wyznaczam Uposażonych zastępczych.

☐ Wyznaczam następujących Uposażonych zastępczych:

Imię i nazwisko / nazwa firmy	Relacja z Ubezpieczonym	Data urodzenia	NIP (dotyczy firmy)	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		
Suma świadczeń				100%

Miejscowość

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

Data i podpis Ubezpieczającego albo osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Miejscowość

D | D | M | M | 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

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.

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

Data

Imię i nazwisko Konsultanta lub Pracownika oddziału

Miejscowość

Numer

Oddział

Podpis