

1. Dane identyfikujące Ubezpieczonego

Numer Polisy Grupowej Indywidualny Dowód Ubezpieczenia numer

Nazwa zakładu pracy / Ubezpieczającego

Imiona

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL)

Państwo urodzenia (w przypadku, gdy nie nadano nr PESEL) Obywatelstwo Seria i nr dowodu osobistego/paszportu

Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Telefon kontaktowy E-mail

2. Zmiana Uposażonych

Uposażony 1:

Nazwisko i imię / Nazwa*

Data urodzenia PESEL Procentowy udział w świadczeniu %

Kwota* Do wysokości zadłużenia*

Adres siedziby

NIP / KRS*

Uposażony 2:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL Procentowy udział w świadczeniu %

Uposażony 3:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL Procentowy udział w świadczeniu %

Suma udziałów: 100%

O ile nie ustalono inaczej, świadczenia zostaną podzielone w równych częściach pomiędzy Uposażonych, którzy pozostaną przy życiu po śmierci Ubezpieczonego.

* Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną

3. Zmiana Uposażonych zastępczych

Wyznaczam jako Uposażonych zastępczych (opcja nieobowiązkowa):

Uposażony zastępczy 1:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL Procentowy udział w świadczeniu %

Uposażony zastępczy 2:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL Procentowy udział w świadczeniu %

Suma udziałów: 100%

4. Zmiana nazwiska

Prosimy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego zmianę, np. kopię dowodu osobistego, kopię aktu małżeństwa.

Nowe nazwisko

Poprzednie nazwisko

5. Oświadczenia

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na świadczenie usług drogą elektroniczną przez NNLife TUnŻiR S.A. przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail: w zakresie informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem łączącej mnie z Towarzystwem umowy ubezpieczenia.

Tak Nie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie przez NNLife TUnŻiR S.A. za pośrednictwem Portalu Internetowego e-klient lub innego trwałego nośnika oraz za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy.

Tak Nie

Podpis Ubezpieczonego / osoby uprawnionej

Prosimy złożyć podpis zgodny z podpisem na Karcie Rejestracyjnej, a w przypadku zmiany nazwiska prosimy dodatkowo złożyć nowy wzór podpisu.

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczonego / osoby uprawnionej

Dotyczy zmiany nazwiska
(nowy wzór podpisu Ubezpieczonego)