

## 1. Dane identyfikujące Ubezpieczonego

Numer Polisy Grupowej	<input type="text"/>	Indywidualny Dowód Ubezpieczenia numer	<input type="text"/>
Nazwa zakładu pracy / Ubezpieczającego	<input type="text"/>		
Imiona	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL)	<input type="text"/>
Państwo urodzenia (w przypadku, gdy nie nadano nr PESEL)	<input type="text"/>	Obywatelstwo	<input type="text"/>
		Seria i nr dowodu osobistego/paszportu	<input type="text"/>
Adres zamieszkania			
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>
		Nr lokalu	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

## 2. Zmiana Uposażonych

### Uposażony 1:

Nazwisko i imię / Nazwa*	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %
Kwota*	<input type="text"/>	Do wysokości zadłużenia*	<input type="checkbox"/>
Adres siedziby*	<input type="text"/>		
NIP/KRS*	<input type="text"/>		

### Uposażony 2:

Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %

### Uposażony 3:

Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %

**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	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %

### Uposażony zastępczy 2:

Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %

**Suma udziałów: 100%**

## 4. Zmiana nazwiska

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

Nowe nazwisko	<input type="text"/>
Poprzednie nazwisko	<input type="text"/>

## 5. Oświadczenia

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na świadczenie usług drogą elektroniczną przez MetLife TUŃŻiR 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 MetLife TUŃŻiR 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 

## 6. 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)