



Po zalogowaniu do portalu e-klient na stronie [www.nnlife/zycie.pl](http://www.nnlife/zycie.pl) można uzyskać informacje o polisie, jak również dokonać aktualizacji danych teleadresowych.



Numer Umowy

## 1. Ubezpieczający

Nazwisko i imię /  
Nazwa

Numer  
kierunkowy kraju

Telefon  
kontaktowy

E-mail

Seria i numer dowodu  
osobistego / paszportu

Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Dowód osobisty

Paszport

PESEL

KRS / REGON\*

\* Pole wymagane również dla osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.

## 2. Ubezpieczony

Nazwisko i imię

Seria i numer dowodu  
osobistego / paszportu

Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Dowód osobisty

Paszport

PESEL

Numer  
kierunkowy kraju

Telefon  
kontaktowy

E-mail

## 3. Upoważnienia

Zgadzam się na świadczenie usług przez Towarzystwo w sprawach związanych z zawartą umową ubezpieczenia w Towarzystwie za pomocą środków komunikacji elektronicznej: telefonu, poczty e-mail, portalu e-klient, Internetu i systemu IVR, na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu Internetowego e-klient.

Wyrażam zgodę  
Ubezpieczający Ubezpieczony

Tak

Tak

Zgadzam się na otrzymywanie informacji rocznej o wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia w Towarzystwie za pośrednictwem: portalu e-klient, innego trwałego nośnika, środków komunikacji elektronicznej.

Tak

W przypadku wyrażenia zgody prosimy o odpowiednie zaznaczenie powyżej. Brak takiego zaznaczenia skutkuje obowiązywaniem wcześniejszego oświadczenia w zakresie zgody.

## 4. Rachunek bankowy do zwrotów

Dotyczy wszystkich polis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

Numer rachunku  
bankowego

Dane właściciela  
rachunku  
(imię, nazwisko  
lub nazwa, adres)

Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa i adres Banku

Kod BIC (SWIFT)

Waluta

## 5. Zmiana danych

Ubezpieczającego

Ubezpieczonego

### A) Zmiana adresu korespondencyjnego

Nowy adres  
korespondencyjny /  
Nowy adres siedziby\*

Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

\* Dotyczy wszystkich umów Ubezpieczającego / Ubezpieczonego.

### B) Zmiana adresu zamieszkania

Nowy adres  
zamieszkania

Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

Nowe nazwisko\*\* /  
Nowa nazwa  
Ubezpieczającego  
będącego osobą prawną

### C) Zmiana nazwiska / nazwy

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

### D) Zmiana numeru dokumentu tożsamości

Seria i numer dowodu  
osobistego /  
paszportu\*\*\*

Data ważności dowodu  
osobistego / paszportu

\*\*\* Prosimy dołączyć kopię dokumentu tożsamości.

### E) Aktualizacja rezydencji podatkowej

Kraj rezydencji  
podatkowej\*\*\*\*

Polska  inny (jaki?)

Numer TIN

TIN nie został nadany

\*\*\*\* Przez kraj rezydencji podatkowej należy rozumieć kraj, w którym podlega się opodatkowaniu od całości dochodów zgodnie z przepisami prawa wewnętrznego tego kraju, ze względu na miejsce zamieszkania lub inne kryterium o podobnym charakterze.

W przypadku zmiany statusu FATCA / CRS dla podmiotu niezbędne jest wypełnienie załącznika „Oświadczenie o statusie FATCA / CRS dla osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej”.

Ubezpieczający oświadcza, że jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuje się do niezwłocznej aktualizacji niniejszych oświadczeń w zakresie statusu FATCA / CRS w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie utraciło ważność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji złożonego oświadczenia.

Towarzystwo jest zobowiązane do przekazania Szeffowi Krajowej Administracji Skarbowej, w celu przekazania administracji podatkowej USA lub innemu właściwemu organowi państwa uczestniczącego, danych dotyczących rezydentów podatkowych USA lub innego państwa uczestniczącego (na podstawie oświadczenia, jak również w przypadku, gdy stwierdzono wobec takiej osoby przesłanki świadczące o zagranicznej rezydencji i nie zostały dostarczone wymagane dokumenty).  
Oświadczenia w zakresie rezydencji podatkowej USA lub innego państwa gromadzone są na podstawie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z ww. ustaw. Ubezpieczający ma prawo do dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania.

## 6. Zmiana osób Uposażonych (wypełnia osoba wskazana poniżej)

Proszę o przysłanie potwierdzenia zmiany osób Uposażonych  Tak

Podanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z unieważnieniem Uposażonych wskazanych uprzednio.

Uposażonych wskazuje: Ubezpieczony  Współubezpieczony  Małżonek / Partner  Ubezpieczający\*

\* O ile Ogólne Warunki Ubezpieczenia / Aneks do Umowy nie stanowi inaczej, wskazanie Uposażonych przez Ubezpieczającego wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego.

Nazwisko i imię / Nazwa osoby wyznaczającej Uposażonych

a. Uposażeni na wypadek śmierci: Ubezpieczonego  Współubezpieczonego  Małżonka / Partnera  Ubezpieczającego

(nie dotyczy umowy Gwarantowana Emerytura+)

Nazwisko i imię Uposażonego

Data urodzenia

PESEL

Udział %

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 odpowiednio Ubezpieczonego, Współubezpieczonego, Małżonka / Partnera, Ubezpieczającego.

b. Uposażeni na wypadek śmierci wyznaczeni przez: Ubezpieczonego

(dotyczy umowy Gwarantowana Emerytura+)

Nazwisko i imię Uposażonego głównego

Data urodzenia

PESEL

Udział %

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone pozostającemu przy życiu Uposażonemu głównemu, a w przypadku jego braku Uposażonemu dodatkowemu.

Nazwisko i imię Uposażonego dodatkowego

Data urodzenia

PESEL

Udział %

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## 7. Pozostałe upoważnienia

1. Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez NNLife TUnŻiR S.A. informacji handlowej lub przedstawianie ofert marketingowych, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących, za pomocą:

a) telefonu (głosowo),

Tak

b) sms/mms,

Tak

c) poczty elektronicznej,

Tak

d) Portalu Internetowego e-klient.

Tak

2. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez NNLife TUnŻiR S.A. moich danych osobowych spółce Nationale-Nederlanden Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. z siedzibą w Warszawie, w celu przesyłania przez nią informacji handlowej lub przedstawiania ofert marketingowych dotyczących własnych produktów, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących, za pomocą:

a) telefonu (głosowo),

Tak

b) sms/mms,

Tak

c) poczty elektronicznej.

Tak

## 8. Podpis osoby uprawnionej

Prosimy złożyć podpis zgodny ze wzorem podpisu.

Miejscowość i data

Dotyczy zmiany nazwiska  
(nowy wzór podpisu)

Podpis Ubezpieczonego,  
Współubezpieczonego, Małżonka / Partnera

Podpis Ubezpieczającego

## Oświadczenie Przedstawiciela Towarzystwa

(dotyczy sytuacji, gdy wniosek jest składany w obecności Przedstawiciela Towarzystwa)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście w mojej obecności. Zweryfikowałem tożsamość ww. osób na podstawie dokumentów:

Ubezpieczony –  
seria i nr dowodu  
osobistego / paszportu

Małżonek / Partner –  
seria i nr dowodu  
osobistego / paszportu

Tel. kontaktowy  
Przedstawiciela  
Towarzystwa

Współubezpieczony –  
seria i nr dowodu  
osobistego / paszportu

Ubezpieczający –  
seria i nr dowodu  
osobistego / paszportu

Kod Przedstawiciela  
Towarzystwa

Podpis i pieczęć Przedstawiciela Towarzystwa

NNLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (NNLife TUnŻiR S.A., dalej jako Towarzystwo), ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku.

NNLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

NNLife TUnŻiR S.A. jest spółką z Grupy NN.

Strona internetowa Towarzystwa: www.nnlife.pl/zycie, Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 50 70, e-mail: lifeinfo@nn.pl