



SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE ERGO HESTIA SA,
ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego
Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego
Rejestru Sądowego, NIP 585-12-45-589. Wysokość kapitału
zakładowego, który został opłacony całości: 64,000.000 zł



DRUK ZMIAN DO UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM

POLISA UBEZPIECZENIOWA

Nr polisy ubezpieczeniowej

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko Ubezpieczającego	Data urodzenia
_____	____ - ____ - ____

UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko Ubezpieczonego	Data urodzenia
_____	____ - ____ - ____

WNOSKOWANE ZMIANY (należy wypełnić rubryki, które dotyczą wnioskowanej zmiany)

1. ZMIANA ADRESU UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO*

Nowy adres zamieszkania

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
_____	_____	_____	____ - ____	_____
Nr telefonu stacjonarny _____ / _____ komórkowy _____ / _____				Poczta

Nowy adres do korespondencji

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
_____	_____	_____	____ - ____	_____
Nr telefonu stacjonarny _____ / _____ komórkowy _____ / _____				Poczta

2. ZMIANA NAZWISKA UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO* ¹⁾

Dotychczasowe imię i nazwisko	Obecne imię i nazwisko
_____	_____

1) Wraz z drukiem zmian należy przesłać kopię dokumentu potwierdzającego zmianę (dowód osobisty i/lub akt małżeństwa).

3. ZMIANA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO*

<input type="checkbox"/> Informuję o zmianie dokumentu tożsamości.
Rodzaj dokumentu..... nr lub/i seria dokumentu..... ²⁾

2) Wraz z drukiem zmian należy przesłać kopię dokumentu potwierdzającego zmianę (dowód osobisty lub paszport).

4. ZMIANA OBYWATELSTWA UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO*

Informuję o zmianie obywatelstwa.
Nowe obywatelstwo:

5. ZMIANA RACHUNKU BANKOWEGO UBEZPIECZAJĄCEGO ³⁾

Nazwa banku	Numer rachunku
-------------	----------------

3) Nowy rachunek bankowy, na który dokonana zostanie wypłata świadczenia.

6. DUPLIKAT POLISY UBEZPIECZENIOWEJ

Wnioskuje o wydanie duplikatu polisy ubezpieczeniowej z powodu

7. ZMIANA OSÓB UPOSAŻONYCH ORAZ PROCENTU UDZIAŁU W ŚWIADCZENIU

Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Miejsce urodzenia	Obywatelstwo	Stopień pokrewieństwa	% świadczenia
1.						
2.						
3.						
4.						
Suma						100 %

8. WNIOSEK O CZĘŚCIOWĄ WYPŁATĘ WARTOŚCI WYKUPU

Proszę o dokonanie wypłaty wartości wykupu:

częściowego, poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa. ⁴⁾

4) Wykup częściowy może zostać dokonany wyłącznie w pełnej liczbie jednostek uczestnictwa.

* - niepotrzebne skreślić

9. WNIOSEK O ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CAŁKOWITĄ WYPŁATĘ WARTOŚCI WYKUPU.

Wnioskuje o rozwiązanie umowy ubezpieczenia i dokonanie wypłaty wartości wykupu całkowitego. ⁵⁾

5) Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym do siedziby Ubezpieczyciela wpłynął wniosek o wykup całkowity lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.

Podpis Ubezpieczającego	Miejscowość i data
-------------------------	--------------------

10. WNIOSEK O PODANIE WARTOŚCI JEDNOSTEK UCZESTNICTWA. ⁶⁾

Proszę o podanie wartości rachunku jednostek:

na wskazany przez Ubezpieczającego adres korespondencyjny

za pośrednictwem osoby reprezentującej Agenta.

6) Wniosek o podanie wartości jednostek uczestnictwa należy przesać do Sopotkiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub na nr faksu (prefix) 58/555-61-00.

W przypadku gdy Druk Zmian składany jest za pośrednictwem Agenta, niezbędne jest złożenie podpisu przez osobę uprawnioną do reprezentowania Agenta w ramach umowy ubezpieczenia.

Przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, jest administratorem moich danych osobowych podanych przeze mnie w druku zmian dobrowolnie, które będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela w celu wywiązania się z zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego własnych produktów (usług).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane, wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody.

Podpis Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego	Imię i Nazwisko osoby przyjmującej Druk	Podpis osoby przyjmującej Druk
Miejscowość i data	Oddział/Placówka Agenta oraz adres	