



WNIOSEK ZMIANY / USTANOWIENIA

(UPOSAŻONEGO, PARTNERA)

Numer Polisy / Certyfikatu

Uposażonego Głównego

Uposażonego Zastępczego

Partnera

Przedstawiciela Ustawowego

1. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZMIANY

Pierwsze Imię

Drugie Imię

Nazwisko

PESEL

E-mail

Numer telefonu
numer kierunkowy kraju

Numer tel. komórkowego
używany do autoryzacji w serwisie Twoja Polisa

2. OSOBY UPOSAŻONE

UWAGA: Dyspozycje dotyczące Uposażonych może składać wyłącznie Ubezpieczony. Wskazanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z odwołaniem wskazania dotychczasowych Uposażonych. Suma udziałów % Uposażonych Głównych musi się sumować do 100%. Suma udziałów % Uposażonych Zastępczych musi się sumować do 100%.

a) Uposażony Główny

Imię

Nazwisko

- -
Data urodzenia

PESEL

% Udziału

Imię

Nazwisko

- -
Data urodzenia

PESEL

% Udziału

Imię

Nazwisko

- -
Data urodzenia

PESEL

% Udziału

Nazwa Firmy

NIP

REGON

Nr właściwego rejestru

% Udziału

Forma prawna sp. z o.o. S.A. inna

b) Uposażony Zastępczy

Imię

Nazwisko

- -
Data urodzenia

PESEL

% Udziału

Imię

Nazwisko

- -
Data urodzenia

PESEL

% Udziału

Imię

Nazwisko

- -

Data urodzenia _____ PESEL _____ % Udziału _____

Nazwa Firmy _____

NIP _____ REGON _____ Nr właściwego rejestru _____ % Udziału _____

Forma prawna sp. z o.o. S.A. inna

3. PARTNER

Imię _____ Nazwisko _____

Data urodzenia _____ PESEL _____ Zawód wykonywany _____

4. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

Imię _____ Nazwisko _____

Data urodzenia _____ PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

5. OŚWIADCZENIA

- Jeżeli chciałbyś zmienić dotychczasową papierową korespondencję na elektroniczną, prosimy o zaznaczenie „TAK”

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazywanie przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867), Al. Jana Pawła II 27 drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail wszelkiej korespondencji dotyczącej Umowy ubezpieczenia, na warunkach przewidzianych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Ubezpieczający TAK Ubezpieczony TAK

Złożone oświadczenie na podstawie niniejszego formularza będzie mieć zastosowanie do wszystkich Umów zawartych z PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Miejscowość _____ Data _____ Czytelny podpis osoby zgłaszającej zmiany _____