

WNIOSEK O DOKONANIE ZMIAN

Numer wniosku	<input type="text"/>	Otrzymano w Oddziale	<input type="text"/>	Otrzymano w Centrali	<input type="text"/>
Numer polisy	<input type="text"/>				

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIEZAJĄCEGO

Imię i nazwisko Ubezpieczającego/Nazwa firmy

PESEL/REGON Ubezpieczającego*	<input type="text"/>	NIP Ubezpieczającego	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

PESEL Ubezpieczonego	<input type="text"/>	NIP Ubezpieczonego	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--------------------	----------------------

RODZAJE ZMIAN (proszę zaznaczyć)

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Adres korespondencyjny Ubezpieczającego | 7. <input type="checkbox"/> Ubezpieczający** | 13. <input type="checkbox"/> Numer rachunku bankowego |
| 2. <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania Ubezpieczającego | 8. <input type="checkbox"/> Uposażeni Główni | 14. <input type="checkbox"/> Dokupienie umowy dodatkowej |
| 3. <input type="checkbox"/> Nazwisko/Nazwa Ubezpieczającego | 9. <input type="checkbox"/> Uposażeni Zastępczy | 15. <input type="checkbox"/> Zmiana sposobu wykorzystania wartości wykupu |
| 4. <input type="checkbox"/> Adres korespondencyjny Ubezpieczonego | 10. <input type="checkbox"/> Metoda opłacania składek*** | 16. <input type="checkbox"/> |
| 5. <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania Ubezpieczonego | 11. <input type="checkbox"/> Częstotliwość opłacania składek | 17. <input type="checkbox"/> |
| 6. <input type="checkbox"/> Nazwisko Ubezpieczonego | 12. <input type="checkbox"/> Dzień pobrania składki | |

SZCZEGÓŁY ZMIAN

Numer zmiany	Dane przed zmianą	Dane po zmianie

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY/FORMULARZE

1. 2. 3.

DANE DOTYCZĄCE EWENTUALNEGO ZWROTU NADPŁATY

Na poczet składek regularnych Zwrot przekazem pocztowym na adres korespondencyjny

Zwrot na rachunek

OŚWIADCZENIE

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Unum danych osobowych zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Unum” znajdującym się na stronie internetowej: www.unum.pl.
Oświadczam, że otrzymałem ogólne warunki umów zawarte w tym planie.

PODPISY

Miejscowość	Data	Numer Agenta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Podpis obecnego Ubezpieczającego****	Podpis poprzedniego Ubezpieczającego*****	Podpis Agenta Ubezpieczeniowego
PESEL Reprezentanta (Wstępujący Ubezpieczający) *****	PESEL Reprezentanta (Wstępujący Ubezpieczający) *****	Podpis Ubezpieczonego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* Niepotrzebne skreślić
 ** Zmiana Ubezpieczającego wymaga określenia metody i częstotliwości opłacania składek.
 *** Zmiana metody opłacania składek z polecenia zapłaty z częstotliwością miesięczną na inną metodę powoduje zwiększenie wysokości składki miesięcznej (dotyczy polis wydanych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia z dnia 05.03.2003).
 **** Jeśli Ubezpieczającym jest firma, wymagana jest pieczęć firmy oraz podpis osoby upoważnionej.
 ***** W przypadku zmiany Ubezpieczającego wymagany jest podpis poprzedniego Ubezpieczającego (oraz pieczęć w przypadku firmy).
 *****PESEL Reprezentanta (Wstępujący Ubezpieczający), należy wpisać tylko w przypadku Zmiany Ubezpieczającego.

INFORMACJE POMOCNE PRZY WYPEŁNIANIU WNIOSKU O DOKONANIE ZMIAN

RODZAJE ZMIAN

Proszę zaznaczyć znakiem wyboru rodzaj dokonywanej zmiany. Jeśli zmiana nie jest wymieniona we wniosku, proszę zaznaczyć znakiem wyboru nieopisane pole i określić rodzaj zmiany poprzez wpisanie jej w wykropkowane miejsce. Przy pomocy jednego wniosku można dokonać kilku zmian jednocześnie.

SZCZEGÓŁY ZMIAN

Numer zmiany – proszę o wpisanie numeru zmiany, jaki znajduje się przed znakiem wyboru w sekcji RODZAJE ZMIAN.

Dane przed zmianą – proszę o podanie danych dotychczasowych.

Dane po zmianie – proszę o podanie danych, jakie mają obowiązywać po zmianie.

Numer zmiany	Rodzaj zmiany	Wymagane dodatkowe dokumenty/formularze	Jak wypełnić pole „Dane przed zmianą”?	Jak wypełnić pole „Dane po zmianie”?	
1.	Adres korespondencyjny Ubezpieczającego	niewymagane	proszę podać dane przed zmianą: – ulica – numer mieszkania – numer domu – kod pocztowy – miasto	proszę podać dane po zmianie: – ulica – numer mieszkania – numer domu – kod pocztowy – miasto	
2.	Adres zamieszkania Ubezpieczającego	niewymagane	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa przed zmianą	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa po zmianie	
3.	Nazwisko/Nazwa Ubezpieczającego	niewymagane	proszę podać dane przed zmianą: – ulica – numer mieszkania – numer domu – kod pocztowy – miasto	proszę podać dane po zmianie: – ulica – numer mieszkania – numer domu – kod pocztowy – miasto	
4.	Adres korespondencyjny Ubezpieczonego	niewymagane	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa przed zmianą	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa po zmianie	
5.	Adres zamieszkania Ubezpieczonego	niewymagane	proszę podać dane przed zmianą: – ulica – numer mieszkania – numer domu – kod pocztowy – miasto	proszę podać dane po zmianie: – ulica – numer mieszkania – numer domu – kod pocztowy – miasto	
6.	Nazwisko Ubezpieczonego	niewymagane	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa przed zmianą	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa po zmianie	
7.	Ubezpieczający*	– oświadczenie dotyczące zmiany Ubezpieczającego – FATCA/CRS – oświadczenie o rezydencji podatkowej (tylko przy produktach gromadzących wartość wykupu) – PEP – oświadczenie o zajmowaniu eksponowanego stanowiska politycznego	dane poprzedniego Ubezpieczającego: imię i nazwisko (nazwa w przypadku firmy), dokładny adres, PESEL/REGON, NIP	dane nowego Ubezpieczającego: – imię i nazwisko (nazwę w przypadku firmy) – PESEL/REGON – NIP – PESEL Reprezentantów – seria i nr dowodu osobistego – dokładny adres zamieszkania/siedziba oraz adres korespondencyjny – numer telefonu kontaktowego – relacje z Ubezpieczonym – dochody roczne brutto – posiadanie polisy – obywatelstwo – nazwa zakładu pracy/zawód wykonywany/ stanowisko/branża (w przypadku działalności gospodarczej) – aktualny odpis KRS	
8.	Uposażeni Główni	niewymagane	nie musi być wypełniane	proszę podać dane nowych Uposażonych: – imię i nazwisko – numer PESEL (REGON lub NIP w przypadku firmy) – data urodzenia – udział procentowy – pokrewieństwo z Ubezpieczonym – obywatelstwo	
9.	Uposażeni Zastępczy	niewymagane	nie musi być wypełniane	proszę podać dane nowych Uposażonych: – imię i nazwisko – numer PESEL (REGON lub NIP w przypadku firmy) – data urodzenia – udział procentowy – pokrewieństwo z Ubezpieczonym – obywatelstwo	
10.	Metoda opłacania składek	polecenie zapłaty	– formularz zgody do obciążania rachunku	proszę wpisać: – metoda płatności przed zmianą	proszę wpisać: – metoda płatności po zmianie
		karta płatnicza	– formularz obciążenia karty płatniczej		
		przekaz wpłaty (tylko rocznie)	niewymagane		
11.	Częstotliwość opłacania składek	niewymagane	proszę wpisać: – częstotliwość opłacania składek przed zmianą	proszę wpisać: – częstotliwość opłacania składek po zmianie	
12.	Dzień pobrania składki (tylko dla polecenia zapłaty i karty kredytowej)	niewymagane	proszę wpisać: – dotychczasowy dzień pobrania składki	proszę wpisać: – dzień pobrania składki po zmianie	
13.	Numer rachunku bankowego	formularz zgody do obciążenia rachunku	nie musi być wypełniane	proszę wpisać: – nazwa banku oraz dokładny numer rachunku łącznie z numerem rozliczeniowym banku	
14.	Dokupienie umowy dodatkowej	– oświadczenie o stanie zdrowia (dokupienie umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od daty odebrania polisy) – ankieta medyczna dla każdego ubezpieczonego (dokupienie umowy dodatkowej po 30 dniach od daty odebrania polisy)	nie musi być wypełniane	proszę podać dane po zmianie: – pełna nazwa produktu dokupowanej umowy – suma ubezpieczenia	
15.	Zmiana sposobu wykorzystania wartości wykupu (dotyczy polis z wartością wykupu w przypadku braku opłacania składek)	niewymagane	proszę wpisać: – opcja wykorzystania wartości wykupu przed zmianą	proszę wpisać jedną z trzech opcji wykorzystania wartości wykupu: – automatyczna pożyczka na składkę – ubezpieczenie bezskładkowe z zachowaną sumą ubezpieczenia – ubezpieczenie bezskładkowe z obniżoną sumą ubezpieczenia	

*W przypadku zmiany Ubezpieczającego konieczne jest spotkanie z obsługującym Agentem Ubezpieczeniowym.

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY/FORMULARZE

Proszę wpisać ich nazwę.

DANE DOTYCZĄCE EWENTUALNEGO ZWROTU NADPŁATY

Proszę wypełnić w przypadku obniżenia sumy ubezpieczenia oraz rezygnacji z umowy dodatkowej:

– na poczet składek regularnych – proszę zaznaczyć, jeśli nadpłata ma zostać przeznaczona na poczet kolejnych składek regularnych;

– zwrot przekazem pocztowym na adres korespondencyjny – proszę zaznaczyć, jeśli nadpłata ma zostać zwrócona przekazem;

– zwrot na rachunek – proszę zaznaczyć, jeśli nadpłata ma zostać zwrócona na rachunek (prosimy o podanie dokładnego numeru rozliczeniowego banku oraz numeru rachunku).

PODPISY

Jeśli Ubezpieczony i Ubezpieczający to ta sama osoba, wystarczy podpis w polu obecnego Ubezpieczającego.

Prosimy o przekazanie wypełnionego formularza Agentowi lub o przesłanie na adres Unum Życie TuIr S.A., al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa

