

Numer Wniosku

Numer Polisy

Otrzymano w Oddziale

Otrzymano w Centrali

## DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię i nazwisko Ubezpieczającego/Nazwa firmy

PESEL/REGON Ubezpieczającego\*

NIP Ubezpieczającego

## DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

PESEL Ubezpieczonego

NIP Ubezpieczonego

## 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"/> <input type="text"/>                         |
| 5. <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania Ubezpieczonego       | 11. <input type="checkbox"/> Częstotliwość opłacania składek | 17. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>                         |
| 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](http://www.unum.pl).

Oświadczam, że otrzymałem ogólne warunki umów zawarte w tym planie.

## PODPISY

Miejscowość

Data

Nr agenta

Podpis obecnego Ubezpieczającego\*\*\*\*

Podpis poprzedniego Ubezpieczającego\*\*\*\*\*

Podpis Agenta Ubezpieczeniowego

PESEL Reprezentanta (Wstępujący Ubezpieczający) \*\*\*\*\*

PESEL Reprezentanta (Wstępujący Ubezpieczający) \*\*\*\*\*

Podpis Ubezpieczonego

\* 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 wy kropkowane 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 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	
3.	Nazwisko/Nazwa Ubezpieczającego	niewymagane	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa przed zmianą	proszę wpisać: – nazwisko/nazwa po zmianie	
4.	Adres korespondencyjny 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	
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 polis – 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			
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., ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa.