



DRUK ZMIAN GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami.

UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko	Data urodzenia
Nazwa pracodawcy	Adres pracodawcy
Nr polisy	Nr potwierdzenia przystąpienia do umowy ubezpieczenia

WNIOSKOWANE ZMIANY

1. Zmiana adresu Ubezpieczonego

Adres poprzedni

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
Nr telefonu* prywatny _____ służbowy _____				Poczta

Adres nowy

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
Nr telefonu* prywatny _____ służbowy _____				Poczta

2. Zmiana beneficjentów

Nowi beneficjenci główni

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota (w %)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Suma				100%

Nowi beneficjenci dodatkowi (wypłata beneficjentowi dodatkowemu świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego nastąpi tylko w przypadku, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota (w %)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Suma				100%

*) pierwsze trzy pola - numer kierunkowy lub numer operatora telefonii komórkowej, pola następne - numer właściwy; pustą kratkę wypełniamy znakiem „x”

__x__5__6__ 6__5__5__2__3__2__3__ 6__0__1__ 6__5__5__2__3__2__x__



EHZ01020060021011

3. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (dotyczy wyłącznie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - o ile umowa ubezpieczenia dopuszcza dokonywanie zmian alokacji i konwersji jednostek uczestnictwa)

Dyspozycje zmian stanu jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych			
Zmiana alokacji składki - proszę wpisać stan docelowy*		Konwersja jednostek uczestnictwa**	
Fundusz	Procent	Fundusz obecny (%)	Fundusz docelowy (%)
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
Suma	100%	6.	

* Dyspozycja zakupu nowych jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych (z dokładnością do 5 %, w przypadku gdy suma udziałów nie będzie równa 100 % dokonana zostanie korekta licząc od ostatniego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w zwyż).

** Zamiana dotychczas zgromadzonych jednostek uczestnictwa w danym ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym na jednostki uczestnictwa innego lub innych funduszy. W przypadku konwersji jednostek uczestnictwa należy wpisać pożądaną zmianę – wartość (w %) jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, z którego dokonywana będzie konwersja na rzecz funduszu(y) docelowego(y).

4 PROPOZYCJE INNYCH ZMIAN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko	Miejscowość	Dnia (DD-MM:RRRR) _____	Podpis
-----------------	-------------	----------------------------	--------

OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA U PRACODAWCY

Imię i nazwisko	Miejscowość	Dnia (DD-MM:RRRR) _____	Podpis
-----------------	-------------	----------------------------	--------



EHZ02020060021011