

3. Dane uprawnionych (zmiana może być wnioskowana wyłącznie przez ubezpieczonego):

Zmiana uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w ramach umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą:

(seria i numer polisy, lub polis)

W przypadku nie wskazania, w pkt 3. niniejszego formularza, serii i/lub numeru polisy (danych identyfikujących umowę ubezpieczenia), niniejszym upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna do wprowadzenia zmian dotyczących osób uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, wskazanych przeze mnie poniżej, do wszystkich umów ubezpieczenia zawartych na moją rzecz z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna.

Lp.	Nazwisko i imię / nazwa	Data urodzenia	PESEL/REGON	Seria i nr dokumentu tożsamości	% świadczenia***
1.					
2.					
3.					
4.					
					100%

4. Dane współubezpieczonego (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego), które uległy zmianie:

Zmiana nazwiska** na następujące:

Zmiana adresu na poniższy:

Adres korespondencyjny:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ulica

nr domu

nr mieszkania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

miejsowość

kod pocztowy

Adres zamieszkania/stały:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ulica

nr domu

nr mieszkania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

miejsowość

kod pocztowy

Zmiana serii i numeru dokumentu tożsamości na następujący:

Niniejszym upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna do wprowadzenia zmian dotyczących adresów, wskazanych przeze mnie powyżej do wszystkich umów ubezpieczeń zawartych przeze mnie lub na moją rzecz z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna.

UWAGI:

.....
miejsowość, data

.....
podpis ubezpieczającego****

.....
podpis ubezpieczonego****

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek
(przedstawiciel TUŹ „WARTA” S.A.)

** Do wprowadzenia zmiany wymagane jest dołączenie kopii dokumentu potwierdzającego zmianę danych, a w przypadku osoby prawnej również kopii stosownego dokumentu uprawniającego do dokonania zmiany oraz umocowania osoby do złożenia podpisu w imieniu ubezpieczającego

*** Łączne uposażenie wszystkich wskazanych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu ubezpieczenia nie może przekraczać 100% należnego świadczenia

**** Przed dokonaniem zmiany w polisie nastąpi weryfikacja zgodności podpisu złożonego na niniejszym wniosku z podpisem złożonym w dokumentacji dotyczącej ww. umowy ubezpieczenia

W załączeniu przekazuję:

1.

2.