

Ubezpieczenie		Nazwa ubezpieczenia: _____	
		Numer polisy/certyfikatu _____	
Ubezpieczający		Nazwisko/nazwa firmy _____ Imię _____	
		PESEL _____ REGON _____	
Ubezpieczony		Nazwisko _____ Imię _____	
		PESEL _____	
Zmiana danych		Nowe dane osobowe (należy wypełnić wyłącznie modyfikowane dane)	
Zmiana danych dotyczy*		<input type="checkbox"/> Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego	
<input type="checkbox"/> Nazwiska/nazwy firmy*		Nazwisko/nazwa firmy _____ Imię _____	
		PESEL _____ REGON _____	
<input type="checkbox"/> Adresu zameldowania*		Ulica, nr domu, nr mieszkania _____	
		Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Telefon kontaktowy _____	
<input type="checkbox"/> Adresu korespondencyjnego*		Ulica, nr domu, nr mieszkania _____	
		Kod pocztowy _____ Miejscowość _____	
<input type="checkbox"/> Dokumentu tożsamości*		<input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Karta pobytu <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Prawo jazdy	
		Seria i nr _____ Organ wydający _____ Data wydania _____	
<input type="checkbox"/> Danych do obsługi UNIQA24*		(dotyczy ubezpieczeń z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi)	
		Telefon komórkowy _____	
		Adres e-mail _____	
Uprawnieni		<input type="checkbox"/> Zmiana uprawnionych (zmiana musi być podpisana przez Ubezpieczonego)*	
Uwaga: podanie Uprawnionych oznacza, że jedynymi Uprawnionymi w przypadku zgonu Ubezpieczonego będą tylko i wyłącznie osoby wskazane w tej tabeli (dane zawarte w poniższej tabeli anulują poprzednie wskazania Uprawnionych)			
Uprawnieni*	<input type="checkbox"/> główni	1.	Nazwisko i imię _____ PESEL _____
			Adres korespondencyjny _____
			Udział % w kwocie świadczenia _____
	<input type="checkbox"/> zastępczy	2.	Nazwisko i imię _____ PESEL _____
			Adres korespondencyjny _____
			Udział % w kwocie świadczenia _____
	3.	Nazwisko i imię _____ PESEL _____	
		Adres korespondencyjny _____	
		Udział % w kwocie świadczenia _____	

miejscowość, data

podpis Ubezpieczonego

podpis Ubezpieczającego

podpis i numer Pośrednika

Instrukcja wypełniania wniosku

- Formularz powinien być wypełniony czytelnie, drukowanymi literami.
- Błędne informacje na formularzu powinny się przekreślić ciągłą linią wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być pod rygorem nieważności poświadczone podpisem osoby uprawnionej (Ubezpieczonego/Ubezpieczającego), zgodnym z podpisem wzorcowym.
- Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio wypełnić znakiem „X” lub pozostawić puste.