UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. 042 63 44 700, fax 042 63 65 023
Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi
KRS 0000005751, NIP 554-100-15-22
Kapitał zakładowy i wpłacony: 42 774 700 PLN

Zgłoszenie zmiany danych

Wniosek

Ubezpieczenie

Nazwa ubezpieczenia:

Numer polisy/certyfikatu 8500 /

Ubezpieczający

Nazwisko/nazwa firmy: Kancelaria EPAL Sp. z o.o.

Imię

PESEL

REGON: 368470686

Ubezpieczony

Nazwisko

Imię

PESEL

Zmiana danych

Nowe dane osobowe (należy wypełnić wyłącznie modyfikowane dane)

Zmiana danych dotyczy* ☐ **Ubezpieczającego** ☐ **Ubezpieczonego**

☐ Nazwiska/ nazwy firmy* ▸

Nazwisko/nazwa firmy

Imię

PESEL

REGON

☐ Adresu zameldowania* ▸

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy –

Miejscowość

Telefon kontaktowy

☐ Adresu korespondencyjnego* ▸

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy –

Miejscowość

☐ Dokumentu tożsamości* ▸

☐ Dowód osobisty ☐ Karta pobytu ☐ Paszport ☐ Prawo jazdy

Seria i nr

Organ wydający

Data wydania

☐ Danych do obsługi **UNIQA24*** ▸

(dotyczy ubezpieczeń z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi)

Telefon komórkowy

Adres e-mail

Uprawnieni

☐ **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*

☐ główni

☐ zastępczy

1.
Nazwisko i imię
PESEL
Adres korespondencyjny
Udział % w kwocie świadczenia

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

1) Formularz powinien być wypełniony czytelnie, drukowanymi literami.
2) Błędne informacje na formularzu powinno 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.
3) Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio wypełnić znakiem „X" lub pozostawić puste.

UNI-ZM1

* X właściwe zakreślić