



## WNIOSEK O ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

NUMER POLISY

NR AGENTA

DATA ZMIANY






### UBEZPIECZONY

NAZWISKO												
<input type="text"/>												
IMIĘ								NUMER PESEL				
<input type="text"/>								<input type="text"/>				
ADRES KORESPONDENCYJNY												
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ												
<input type="text"/>								NUMER DOMU		NUMER MIESZK.		
<input type="text"/>								<input type="text"/>		<input type="text"/>		
KOD POCZTOWY		POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ										NOWY ADRES
<input type="text"/>		<input type="text"/>										<input type="text"/>

### UBEZPIECZAJĄCY / WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZAJĄCY JEST INNĄ OSOBĄ NIŻ UBEZPIECZONY/

NAZWISKO / NAZWA FIRMY												
<input type="text"/>												
IMIĘ								NUMER PESEL				
<input type="text"/>								<input type="text"/>				
ADRES KORESPONDENCYJNY												
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ												
<input type="text"/>								NUMER DOMU		NUMER MIESZK.		
<input type="text"/>								<input type="text"/>		<input type="text"/>		
KOD POCZTOWY		POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ										NOWY ADRES
<input type="text"/>		<input type="text"/>										<input type="text"/>

Proszę wskazać rzeczywistego beneficjenta<sup>1</sup>

UBEZPIECZAJĄCY	<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZONY	<input type="checkbox"/>	UPOSAŻONY	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------	--------------------------

### DANE RZECZYWISTEGO BENEFICJENTA<sup>1</sup> / NALEŻY WYPEŁNIĆ, W PRZYPADKU GDY RZECZYWISTYM BENEFICJENTEM JEST INNA OSOBA NIŻ UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, UPOSAŻONY/

NAZWISKO								IMIĘ			
<input type="text"/>								<input type="text"/>			
NUMER NIP		DOWÓD OSOBISTY		PASZPORT		SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA / MIEJSCOWOŚĆ											
<input type="text"/>								NUMER DOMU		NUMER MIESZK.	
<input type="text"/>								<input type="text"/>		<input type="text"/>	
KOD POCZTOWY		POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ									
<input type="text"/>		<input type="text"/>									

<sup>1</sup> Przez rzeczywistego beneficjenta zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowania terroryzmu rozumie się: osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność, osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25% w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego - w przypadku osób prawnych, osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25% majątku - w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.

## WNOSKOWANE ZMIANY W UMOWACH

	SKŁADKA	SUMA UBEZPIECZENIA
GŁÓWNA UMOWA UBEZPIECZENIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
ŚMIERĆ LUB KALECTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	NIE DOTYCZY	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	NIE DOTYCZY	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
„NA WYPADEK”	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
WARIANT UMOWY		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NW (W %)		<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%
SYSTEM WYPŁATY ŚWIADCZEŃ		<input type="checkbox"/> PROPORCJONALNY <input type="checkbox"/> PROGRESYWNY
„NA ZDROWIE”	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	NIE DOTYCZY
ŚWIADCZENIA LEKOWE Z TYTUŁU DODATKOWYCH ZDARZEŃ TYPU 2		<input type="checkbox"/>
POZIOM ŚWIADCZEŃ		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
SKŁADKA REGULARNA (ŁĄCZNIE)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	
CZĘSTOTLIWOŚĆ	<input type="checkbox"/> MIESIĘCZNA <input type="checkbox"/> KWARTALNA	<input type="checkbox"/> PÓLROCZNA <input type="checkbox"/> ROCZNA
REZYGNACJA Z INDEKSACJI	<input type="checkbox"/> W NAJBLIŻSZYM ROKU POLISOWYM	<input type="checkbox"/> DO ODWOŁANIA
INNY WSKAŹNIK INDEKSACJI - NIE WYŻSZY NIŻ PROPONOWANY PRZEZ TOWARZYSTWO		<input type="text"/> <input type="text"/> %

## ROZWIĄZANIE UMÓW DODATKOWYCH

<input type="checkbox"/> NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ DZIECKA
<input type="checkbox"/> GWARANTOWANE PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA	<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI
<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ LUB KALECTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	<input type="checkbox"/> „NA WYPADEK”
<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	<input type="checkbox"/> „NA ZDROWIE”
<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU-WARIANT ROZSZERZONY	

## DODATKOWE INFORMACJE

Z UWAGI NA PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA DO WNIOSKU O ZMIANĘ DOŁĄCZONA JEST „DODATKOWA DEKLARACJA O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA”

REZYGNACJA Z BLANKIETÓW WPLĄT

jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>1</sup> mającą miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

## DODATKOWE DEKLARACJE UBEZPIECZAJĄCEGO - ZAZNACZENIE POLA I ZŁOŻENIE PODPISU OZNACZA ZGODĘ

### ZGADZAM SIĘ NA:

- przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez spółki Grupy Aviva<sup>2</sup> oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach, również z innymi pozyskanymi danymi.
- przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty współpracujące ze spółkami Grupy Aviva.<sup>2</sup>

Powyższa zgoda obejmuje przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do nich oraz ich poprawiania.

PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO / PIECZATKA FIRMY  
I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEJ REPREZENTOWANIA

DATA PODPISANIA

<sup>1</sup> Przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się następujące osoby fizyczne:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
- b) małżonków osób, o których mowa w lit. a, lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a, małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- c) które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a, w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób.

<sup>2</sup> Grupa Aviva – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4b, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.