



Ubezpieczenia

## WNIOSEK ZMIANY UPOSAŻONYCH\*

w Umowie Ubezpieczenia dla Kredytobiorców posiadających Kredyty AURUM/PLATINIUM w PKO BP SA

w Umowie Ubezpieczenia dla Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe/Inteligo w PKO BP SA

Nr Wniosku ubezpieczeniowego (Wniosko-Polisy) \_\_\_\_\_

PID \_\_\_\_\_

### 1. WNIOSEK DOTYCZY

Uposażonego Dodatkowego dla Pierwszego Ubezpieczonego

Uposażonego Dodatkowego dla Drugiego Ubezpieczonego

### 2. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZMIANY

Imię \_\_\_\_\_

Drugie Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Symbol dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Seria i numer \_\_\_\_\_

Nr telefonu komórkowego \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nr kier. Kraju \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr lokalu \_\_\_\_\_

Poczta \_\_\_\_\_

### 3. DANE OSÓB UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

**Uwaga:** Dyspozycje dotyczące Uposażonych Dodatkowych może składać wyłącznie Ubezpieczony. Wskazanie nowych Uposażonych Dodatkowych jest równoznaczne z odwołaniem wskazania dotychczasowych Uposażonych Dodatkowych. Suma udziałów % Uposażonych Dodatkowych musi wynosić 100%.

#### Uposażony Dodatkowy I

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

% Udziału \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr lokalu \_\_\_\_\_

Poczta \_\_\_\_\_

#### Uposażony Dodatkowy II

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

% Udziału \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr lokalu \_\_\_\_\_

Poczta \_\_\_\_\_

\* Prosimy o wybór produktu.

**Uposażony Dodatkowy III**

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
% Udziału	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu
			Poczta

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data (dd-mm-rrrr)	Miejscowość	Podpis Pierwszego Ubezpieczonego

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data (dd-mm-rrrr)	Miejscowość	Podpis Drugiego Ubezpieczonego

**POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU**

UWAGA: Wypełnia osoba przyjmująca wniosek.

Potwierdzam zgodność podpisów Klienta ze wzorem złożonym w Banku.

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data (dd-mm-rrrr)	Miejscowość	Podpis i pieczęć funkcyjna osoby przyjmującej wniosek, Upoważnionego Pracownika PKO BP SA (OFWCA)