



**WNIOSEK ZMIANY / USTANOWIENIA**

(UPOSAŻONEGO, PARTNERA)

Numer Polisy / Certyfikatu

Uposażonego Głównego  Uposażonego Zastępczego  Partnera  Przedstawiciela Ustawowego

**1. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZMIANY**

Imię  Drugie Imię

Nazwisko  PESEL

E-mail

Numer telefonu  numer kierunkowy kraju  Numer tel. komórkowego  używany do autoryzacji w serwisie Twoja Polisa

**2. OSOBY UPOSAŻONE**

**UWAGA:** Dyspozycje dotyczące Uposażonych może składać wyłącznie Ubezpieczony. Wskazanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z odwołaniem wskazania dotychczasowych Uposażonych. Suma udziałów % Uposażonych Głównych musi się sumować do 100%. Suma udziałów % Uposażonych Zastępczych musi się sumować do 100%.

**a) Uposażony Główny**

Imię  Nazwisko

Data urodzenia  -  -  PESEL  % Udziału

Imię  Nazwisko

Data urodzenia  -  -  PESEL  % Udziału

Imię  Nazwisko

Data urodzenia  -  -  PESEL  % Udziału

Nazwa Firmy

NIP  REGON  Nr właściwego rejestru  % Udziału

Forma prawna sp. z o.o.  S.A.  inna

**b) Uposażony Zastępczy**

Imię  Nazwisko

Data urodzenia  -  -  PESEL  % Udziału

Imię  Nazwisko

Data urodzenia  -  -  PESEL  % Udziału

Imię  Nazwisko

Data urodzenia  -  -  PESEL  % Udziału

\_\_\_\_\_  
Nazwa Firmy

\_\_\_\_\_  
NIP

\_\_\_\_\_  
REGON

\_\_\_\_\_  
Nr właściwego rejestru

\_\_\_\_\_  
% Udziału

Forma prawna sp. z o.o.  S.A.  inna

### 3. PARTNER

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

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

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Zawód wykonywany

### 4. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

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

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa

### 5. OŚWIADCZENIA

- Jeżeli chciałbyś zmienić dotychczasową papierową korespondencję na elektroniczną, prosimy o zaznaczenie „TAK”

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazywanie przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-872), ul. Chłodna 52 drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail wszelkiej korespondencji dotyczącej Umowy ubezpieczenia, na warunkach przewidzianych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Ubezpieczający TAK  Ubezpieczony TAK

Złożone oświadczenie na podstawie niniejszego formularza będzie mieć zastosowanie do wszystkich Umów zawartych z PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby zgłaszającej zmiany