

## WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH UCZESTNIKA



## NUMER POLISY

## I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa firmy

  
  

Pieczęć Ubezpieczającego

## II. ZMIANA DANYCH UCZESTNIKA

Nazwisko

Poprzednie nazwisko w przypadku zmiany

Imię/imiiona

Drugie imię

Obywatelstwo

Data urodzenia

Płeć (K/M)

PESEL

## III. ZMIANA DANYCH ADRESOWYCH

Kraj rezydencji podatkowej (jeśli inny niż Polska)<sup>1</sup>

Nr identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Nr telefonu

E-mail

<sup>1</sup>W przypadku rezydentów podatkowych z innych krajów niż Polska prosimy o dostarczenie certyfikatu rezydencji podatkowej. W przypadku „Podatników USA” w rozumieniu Kodeksu Podatkowego USA należy wpisać „Podatnik USA”. Uczestnik oświadcza, iż jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

## IV. WNIOSEK O ZMIANĘ ZAKRESU UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data obowiązywania zmiany

Część składki regularnej finansowana przez Ubezpieczającego:

Wybór kategorii<sup>2</sup>

Kapitałowa część składki (w przypadku umów z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi):

Koszt ochrony:

W przypadku, gdy suma ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia prosimy o podanie jego miesięcznej wysokości:

Oświadczam, że otrzymałem (-łam) od Ubezpieczającego warunki ubezpieczenia, które obowiązują w Umowie Ubezpieczenia (Umowie), w tym w szczególności: OWU oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej i wysokości sum ubezpieczenia w wybranej powyżej przeze mnie kategorii.

Jestem świadomy (-ma), że zmiana będzie obowiązywała począwszy od najbliższego dnia wymagalności składki, następującego po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Towarzystwo tego Wniosku oraz po opłaceniu kosztu ochrony, nie wcześniej jednak niż w dniu wnioskowanej daty obowiązywania zmiany.

Wskazana kategoria ma zdefiniowane kryterium kwalifikacji, które spełniam

(np: zatrudnienie na stanowisku, które jest warunkiem przystąpienia do danej kategorii)

TAK NIE 

Jeśli wskazana kategoria nie ma określonych kryteriów kwalifikacji prosimy o wskazanie z czego wynika zmiana kategorii:

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 1 | 5 lat stażu w dotychczasowej kategorii   | <input type="checkbox"/> |
| 2 | dokupienie Pakietu Dziecko, w związku z urodzeniem się dziecka w okresie ostatnich 3-ch miesięcy | <input type="checkbox"/> |
| 3 | rezygnacja z Pakietu Dziecko, w związku z brakiem niepełnoletnich dzieci                         | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Inne warunki jeśli są wskazane w Umowie  | <input type="checkbox"/> |

Prawo do powyżej wskazanej zmiany uzyskałem(-łam):

Dane i informacje zawarte w treści Wniosku są uważane za aktualne przez 3 miesiące od daty jego wypełnienia.

Potwierdzam prawdziwość danych wskazanych w pkt. I-IV.

Data

Czytelny podpis Uczestnika

Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ubezpieczającego

## V. ZMIANA UPOSAŻONYCH GŁÓWNYCH

|             |                   |               |                       |
|-------------|-------------------|---------------|-----------------------|
| 1. Nazwisko |                   | % świadczenia | stopień pokrewieństwa |
| Imię        | Data urodzenia    | PESEL         |                       |
|             | D D M M R R R R R |               |                       |
| 2. Nazwisko |                   | % świadczenia | stopień pokrewieństwa |
| Imię        | Data urodzenia    | PESEL         |                       |
|             | D D M M R R R R R |               |                       |

## VI. ZMIANA UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

|             |                   |               |                       |
|-------------|-------------------|---------------|-----------------------|
| 1. Nazwisko |                   | % świadczenia | stopień pokrewieństwa |
| Imię        | Data urodzenia    | PESEL         |                       |
|             | D D M M R R R R R |               |                       |
| 2. Nazwisko |                   | % świadczenia | stopień pokrewieństwa |
| Imię        | Data urodzenia    | PESEL         |                       |
|             | D D M M R R R R R |               |                       |

## VII. DANE PARTNERA UCZESTNIKA<sup>2</sup>

|   |   |   |
|---|---|---|
| Wskazanie partnera <input type="checkbox"/> | Odwołanie partnera <input type="checkbox"/> | Zmiana danych partnera <input type="checkbox"/> |
| Nazwisko                                    |   |   |
| Imię  | Drugie imię                                 |   |
| Data urodzenia                              | Płeć (K/M)                                  | PESEL   |
| D D M M R R R R R                           |   |   |
| Ulica                                       | Nr telefonu                                 |   |
|   | Nr domu                                     | Nr mieszkania                                   |
| Kod pocztowy                                | Miejscowość                                 |   |
|   |   |   |

<sup>2</sup>Partner Uczestnika – osoba niespokrewniona z uczestnikiem, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W przypadku gdy uczestnik wskazuje partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa dotyczyć będzie wyłącznie osoby partnera.

Data

D D M M R R R R R

Czytelny podpis uczestnika

## Zgody dobrowolne

### Zgoda na obsługę elektroniczną

Zgadzam się, żeby Allianz przysyłał wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich moich umów ubezpieczenia i umów zawartych na moją rzecz – w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń, które przysługują z tych umów - na ostatni adres e-mail, który wskazałem(-łam) Allianz.

TAK  NIE

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane<sup>3</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.

TAK  NIE

### Zgoda na przesyłanie informacji handlowych

Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

TAK  NIE

### Zgoda na kontakt telefoniczny

Zgadzam się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

TAK  NIE

<sup>3</sup> Podmioty powiązane – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze inwestycyjne, Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

Data

D D M M R R R R R

Czytelny podpis Uczestnika