



## DRUK ZMIAN GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami.

### UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko	Data urodzenia
Nazwa pracodawcy	Adres pracodawcy
Nr polisy	Nr potwierdzenia przystąpienia do umowy ubezpieczenia

### WNIOSKOWANE ZMIANY

#### 1. Zmiana adresu Ubezpieczonego

Adres poprzedni

Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
Nr telefonu*				Pocztą
prywatny		służbowy		

Adres nowy

Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
Nr telefonu				Pocztą
prywatny		służbowy		

#### 2. Zmiana beneficjentów

Nowi beneficjenci główni

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota (w %)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Suma				100%

Nowi beneficjenci dodatkowi (wypłata beneficjentowi dodatkowemu świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego nastąpi tylko w przypadku, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota (w %)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Suma				100%



EHZ01020060021011

3. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (dotyczy wyłącznie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - o ile umowa ubezpieczenia dopuszcza dokonywanie zmian alokacji i konwersji jednostek uczestnictwa)

Dyspozycje zmian stanu jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych			
Zmiana alokacji składki - proszę wpisać stan docelowy*		Konwersja jednostek uczestnictwa**	
Fundusz	Procent	Fundusz obecny (%)	Fundusz docelowy (%)
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
Suma	100%	6.	

\* Dyspozycja zakupu nowych jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych (z dokładnością do 5 %, w przypadku gdy suma udziałów nie będzie równa 100 % dokonana zostanie korekta licząc od ostatniego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w zwyż).

\*\* Zamiana dotychczas zgromadzonych jednostek uczestnictwa w danym ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym na jednostki uczestnictwa innego lub innych funduszy. W przypadku konwersji jednostek uczestnictwa należy wpisać pożądaną zmianę – wartość (w %) jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, z którego dokonywana będzie konwersja na rzecz funduszu(y) docelowego(ych).

#### 4 PROPOZYCJE INNYCH ZMIAN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko	Miejscowość	Dnia (DD-MM-RRRR) _____	Podpis
-----------------	-------------	----------------------------	--------

#### OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA U PRACODAWCY

Imię i nazwisko	Miejscowość	Dnia (DD-MM-RRRR) _____	Podpis
-----------------	-------------	----------------------------	--------

