

WNIOSEK DO ZMIANY DANYCH

<p>Ubezpieczający</p> <p>_____</p> <p>Imię i nazwisko / Nazwa firmy</p> <p>_____</p> <p>PESEL / NIP</p>	<p>_____</p> <p>seria i numer polisy</p> <p>Ubezpieczony (wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to różne osoby)</p> <p>_____</p> <p>Imię i nazwisko</p> <p>_____</p> <p>PESEL / Data urodzenia</p>
--	---

Zmiana Uposażonego

- Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i nie wyznaczam Uposażonych.
- Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam, jako Uposażonych, następujące osoby:

	Imię i nazwisko / Nazwa	PESEL lub data urodzenia / REGON	Adres korespondencyjny	Udział
1.				
2.				
3.				
4.				

Zmiana danych dotycząca: Ubezpieczającego Ubezpiezonego

<p>_____</p> <p>Imię i Nazwisko (w przypadku zmiany nazwiska prosimy złożyć podpis używany przed zmianą) / Nazwa firmy</p>	<p>_____</p> <p>PESEL / NIP</p>
<p><input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Karta pobytu <input type="checkbox"/> Paszport</p> <p>_____</p> <p>Seria i numer</p>	<p>_____</p> <p>Obywatelstwo</p>
<p>_____</p> <p>Telefon stacjonarny</p>	<p>_____</p> <p>Telefon komórkowy</p>
<p>_____</p> <p>E-mail</p>	

Adres zamieszkania / Siedziby

<p>_____</p> <p>Ulica</p>	<p>_____</p> <p>Nr domu/Nr mieszkania</p>	<p>_____</p> <p>Kod pocztowy</p>	<p>_____</p> <p>Miejscowość</p>
<p>_____</p> <p>Kraj</p>			

Adres korespondencyjny

<p>_____</p> <p>Ulica</p>	<p>_____</p> <p>Nr domu/Nr mieszkania</p>	<p>_____</p> <p>Kod pocztowy</p>	<p>_____</p> <p>Miejscowość</p>
<p>_____</p> <p>Kraj</p>			

Zmiana sumy ubezpieczenia

Nazwa umowy	Wysokość sumy Ubezpieczenia
<input type="checkbox"/> MDK	
<input type="checkbox"/> Acti OCHRONA - umowa podstawowa	
<input type="checkbox"/> Śmierć w wyniku NW lub niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku NW	
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu w wyniku NW	
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	
<input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy	
<input type="checkbox"/> MdC - umowa podstawowa	
<input type="checkbox"/> Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	
<input type="checkbox"/> Niezdolność do samodzielnej egzystencji	
<input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy	
<input type="checkbox"/> Operacje	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu (z każdej przyczyny)	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - 90 dni	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - 180 dni	
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie - 4 stany chorobowe	
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie - 25 stanów chorobowych	
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	

Zmiana częstotliwości płatności

Po zmianie: Roczna Półroczna Kwartalna Miesięczna

Dzień płatności: 5 10 15 25

Zmiana formy płatności

Po zmianie: przelew

Zmiana wysokości składki regularnej

Proszę o zmianę wysokości składki regularnej z _____ zł na _____

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego
przed zmianą nazwiska

Czytelny podpis Ubezpieczającego
przed zmianą nazwiska

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Czytelny podpis Ubezpieczającego
(Wymagany w przypadku, gdy Ubezpieczający
i Ubezpieczony to różne osoby)

SALTUS TU ŻYCIE SA, jako instytucja obowiązana, informuje, że na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, zobowiązana jest przetwarzać Państwa dane osobowe podane w niniejszym wniosku, w szczególności na potrzeby stosowania środków bezpieczeństwa finansowego, a także przekazywania i gromadzenia informacji dla Generalnego Inspektora Informacji Finansowej

OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO DO ŚWIADCZENIA

Oświadczenie PEP (osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne, członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, osoba znana, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne).

Na podstawie art. 46 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, oświadczam, że:

- jestem / nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne¹,
- jestem / nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne²,
- jestem / nie jestem osobą znaną, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne³.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

¹ Za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – rozumie się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

² Za osoby będące członkami rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne - rozumie się:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

³ Za osoby znane, jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne - rozumie się:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

POTWIERDZENIE (wypełnia przedstawiciel SALTUS TU ŻYCIE SA)

Potwierdzam tożsamość osoby składającej dyspozycję na podstawie okazanego dokumentu tożsamości oraz potwierdzam zgodność danych zamieszczonych w formularzu z danymi zawartymi w tym dokumencie.

tel. kontaktowy

Pieczętka i podpis przedstawiciela SALTUS TU ŻYCIE SA

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią otrzymanego dokumentu "Obowiązku informacyjnego Administratora Danych Osobowych", który został mi przekazany jako osobie, której dane dotyczą.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

INSTRUKCJA

WAŻNE INFORMACJE

1. Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.
2. Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio zaznaczyć znakiem „X” lub pozostawić puste.
3. Błędne informacje na formularzu należy przekreślić ciągłą linią, wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być, pod rygorem nieważności, poświadczane podpisem osoby uprawnionej (Ubezpieczającego/Ubezpieczonego), zgodnym z podpisem złożonym na wniosku.
4. Należy obowiązkowo wypełnić dane zarówno Ubezpieczającego, jak i Ubezpieczonego, podając imię i nazwisko/nazwę firmy, PESEL/REGON.
5. Uzupelniony „Wniosek do zmiany danych” musi być czytelnie podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli jest inną osobą niż Ubezpieczający).

ZMIANA UPOSAŻONEGO

Wskazując nowych Uposażonych należy podać ich numer PESEL lub datę urodzenia, można podać adres korespondencyjny, a także udział procentowy poszczególnych Uposażonych. W przypadku podania, jako Uposażonego, osoby prawnej (np. banku) należy podać pełną nazwę banku oraz jego dokładny adres, jak również numer REGON. Jeżeli zostanie oznaczona opcja zmiany Uposażonego, a nie zostanie podany nowy Uposażony (tabela zostanie pusta) lub jeżeli zostanie zaznaczone pole unieważniające dotychczasowych Uposażonych bez wyznaczenia nowych, Uposażonymi będą osoby zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

Aby zawnioskować o obniżenie lub zwiększenie sumy ubezpieczenia, należy zaznaczyć umowę, której dotyczy zmiana oraz wskazać nową sumę ubezpieczenia. Przy wnioskowaniu o zwiększenie sumy ubezpieczenia należy wypełnić kwestionariusz medyczny. Towarzystwo może poprosić Ubezpieczonego o dostarczanie dodatkowych dokumentów oraz skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.

Ubezpieczenie	Suma ubezpieczenia/wysokość świadczenia ubezpieczeniowego		
Acti OCHRONA - umowa podstawowa	30 000 zł – 3 000 000 zł		wielokrotność 10 000 zł
Umowy dodatkowe:			
• Śmierć w wyniku NW lub niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku NW.	równa sumie ubezpieczenia z umowy podstawowej Acti OCHRONA, jednak nie więcej niż 1 200 000 zł		
• Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	100 zł	200 zł	300 zł/dzień pobytu
• Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku; • Trwała i całkowita niezdolność do pracy; • Poważne zachorowania.	25 000 zł – 100 000 zł		wielokrotność 10 000 zł, jednak nie więcej niż w umowie podstawowej Acti OCHRONA
MdC - umowa podstawowa	1 000 zł – 3 000 000 zł		w przedziale co 1 000 zł
Umowy dodatkowe:			
Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	1 000 zł – 3 000 000 zł		w przedziale co 1 000 zł
Niezdolność do samodzielnej egzystencji.	1 000 zł – 3 000 000 zł		
• Trwała i całkowita niezdolność do pracy; • Poważne zachorowanie - (4 stany chorobowe); • Poważne zachorowanie - (25 stanów chorobowych); • Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	1 000 zł – 1 000 000 zł		
• Operacje.	1 000 zł – 100 000 zł		
• Pobyt w szpitalu (z każdej przyczyny); • Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 90 dni; • Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 180 dni.	100 zł/200 zł/ 300 zł/dzień pobytu		

ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH I TELEADRESOWYCH

W przypadku zmiany jakichkolwiek danych osobowych i teleadresowych, należy wpisać nowe dane, uzupełniając odpowiednio wybraną rubrykę. W przypadku zmiany danych osobowych należy do niniejszego wniosku dołączyć kserokopię dowodu osobistego, karty pobytu lub paszportu. W przypadku zmiany nazwiska prosimy o złożenie podpisu w miejscu „Czytelny podpis przed zmianą nazwiska”.

ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI PŁATNOŚCI

Przy płatnościach rocznych, półrocznych, kwartalnych i miesięcznych można dokonywać zmian w częstotliwości ich opłacania, zaznaczając wybraną opcję.

ZMIANA FORMY PŁATNOŚCI

Możliwe jest dokonanie zmiany formy płatności z polecenia zapłaty na przelew.

Zgłoszenie zmiany sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności lub formy płatności możliwe jest na 30 dni przed rocznicą polisy