

**WNIOSEK O ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA  
NOWA PERSPEKTYWA**


\*L058\*

**NUMER POLISY**

**UBEZPIECZAJĄCY**

NAZWISKO / NAZWA FIRMY

IMIĘ

NUMER PESEL

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

ULICA / MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ

NOWY ADRES

TELEFON STACJONARNY

TELEFON DO PRACY

TELEFON KOMÓRKOWY

E-MAIL

**UBEZPIECZONY**

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

ULICA / MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ

NOWY ADRES

TELEFON STACJONARNY

TELEFON DO PRACY

TELEFON KOMÓRKOWY

E-MAIL

 Proszę wskazać rzeczyciwiego beneficjenta<sup>1</sup>

 UBEZPIECZAJĄCY 

 UBEZPIECZONY 

 UPOSAŻONY 
**DANE RZECZYWISTEGO BENEFICJENTA<sup>1</sup>** /NALEŻY WYPEŁNIĆ, W PRZYPADKU GDY RZECZYWISTYM BENEFICJENTEM JEST INNA OSOBA NIŻ UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, UPOSAŻONY/

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER NIP

DOWÓD OSOBISTY

PASZPORT

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA / MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ

<sup>1</sup> Przez rzeczywistego beneficjenta zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowania terroryzmu rozumie się: osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność, osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25% w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego - w przypadku osób prawnych, osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25% majątku - w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.

**DATA WPROWADZENIA ZMIAN**

ROCZNICA UBEZPIECZENIA

POZA ROCZNICĄ

**ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH**

MIESIĘCZNA

KWARTALNA

PÓŁROCZNA

ROCZNA

**ZMIANA SPOSOBU OPŁACANIA SKŁADEK**

POLECENIE ZAPŁATY /W PRZYPADKU WYBRANIA TEJ FORMY ZAPŁATY PROSIMY O WYPEŁNIENIE DODATKOWEGO DRUKU AKCEPTOWANEGO PRZEZ BANK/

REZYGNACJA Z BLANKIETÓW WPŁAT

KOMPLET BLANKIETÓW WPŁAT

**ZMIANA NA RACHUNKACH DEDYKOWANYCH**

KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
UMOWA GŁÓWNA	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<b>NIE DOTYCZY</b>
	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NW SU Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%	
	WARIANT UMOWY <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
	SYSTEM WYPŁATY ŚWIADCZEŃ <input type="checkbox"/> PROPORCJONALNY <input type="checkbox"/> PROGRESYWNY	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA SKŁADKI	<b>NIE DOTYCZY</b>	<input type="checkbox"/>

Z UWAGI NA PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA DO WNIOSKU O ZMIANĘ DOŁĄCZONA JEST „DODATKOWA DEKLARACJA O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA”  
- NIE DOTYCZY UMOWY DODATKOWEJ „NA WYPADEK”

## UBEZPIECZONY

NAZWISKO		<input type="text"/>																							
IMIĘ / IMIONA																		NUMER PESEL							
<input type="text"/>																		<input type="text"/>							
ADRES KORESPONDENCYJNY																									
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ																		NUMER DOMU				NUMER MIESZK.			
<input type="text"/>																		<input type="text"/>				<input type="text"/>			
KOD POCZTOWY			POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ																		NOWY ADRES				
<input type="text"/>			<input type="text"/>																		<input type="text"/>				

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
DODATKOWA UMOWA TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NW <input type="text"/> 50% <input type="text"/> 100% SU Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW	
	WARIANT UMOWY <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	
	SYSTEM WYPŁATY ŚWIADCZEŃ <input type="text"/> PROPORCJONALNY <input type="text"/> PROGRESYWNY	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>

Z UWAGI NA PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA DO WNIOSKU O ZMIANĘ DOŁĄCZONA JEST „DODATKOWA DEKLARACJA O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA”  
- NIE DOTYCZY UMOWY DODATKOWEJ „NA WYPADEK”

## DZIECKO

NAZWISKO		<input type="text"/>																							
IMIĘ / IMIONA																		NUMER PESEL							
<input type="text"/>																		<input type="text"/>							
ADRES KORESPONDENCYJNY																									
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ																		NUMER DOMU				NUMER MIESZK.			
<input type="text"/>																		<input type="text"/>				<input type="text"/>			
KOD POCZTOWY			POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ																		NOWY ADRES				
<input type="text"/>			<input type="text"/>																		<input type="text"/>				

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
DODATKOWA UMOWA TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	<b>NIE DOTYCZY</b>	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="text"/> 10 000 zł <input type="text"/> 20 000 zł	<input type="text"/>
	WARIANT UMOWY <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	<b>NIE DOTYCZY</b>	<input type="text"/>

**DZIECKO**

NAZWISKO	
<input type="text"/>	
IMIĘ / IMIONA	NUMER PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRES KORESPONDENCYJNY	
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ	NUMER DOMU
<input type="text"/>	<input type="text"/>
KOD POCZTOWY	POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER MIESZK.	
<input type="text"/>	
NOWY ADRES	
<input type="text"/>	

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
DODATKOWA UMOWA TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	<b>NIE DOTYCZY</b>	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="text"/> 10 000 Zł <input type="text"/> 20 000 Zł WARIANT UMOWY <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	<b>NIE DOTYCZY</b>	<input type="checkbox"/>

jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>1</sup> mającą miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

**DODATKOWE DEKLARACJE UBEZPIECZAJĄCEGO - ZAZNACZENIE POLA I ZŁOŻENIE PODPISU OZNACZA ZGODĘ****ZGADZAM SIĘ NA:**

- przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez spółki Grupy Aviva<sup>2</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.
- przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty współpracujące ze spółkami Grupy Aviva.<sup>2</sup>

Powyższa zgoda obejmuje przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do nich oraz ich poprawiania.

**PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO / PIECZATKA FIRMY I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEJ REPREZENTOWANIA**


## DATA PODPISANIA

       

<sup>1</sup> Przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się następujące osoby fizyczne:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
- b) małżonków osób, o których mowa w lit. a, lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a, małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- c) które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a, w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób.

<sup>2</sup> Grupa Aviva – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 44, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.