Nordea
LIFE & PENSIONS

NORDEA POLSKA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A.

10000901

WNIOSEK DOTYCZĄCY ZMIAN DANYCH I WARUNKÓW DO UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Numer Polisy

1. DOTYCHCZASOWE DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZMIANY *Prosimy wskazać, kim jest osoba zgłaszająca zmiany.*

☐ Ubezpieczonym ☐ Ubezpieczającym ☐ Przedstawicielem Ustawowym

a) *Prosimy wypełnić w przypadku, gdy osoba zgłaszająca zmiany jest osobą fizyczną.*

Imię Drugie Imię

Nazwisko

PESEL

Symbol dokumentu tożsamości [1] Seria i numer

[1] *Symbole dokumentów tożsamości:* ***DO – dowód osobisty, PA – paszport, DT – dowód tymczasowy, KP – karta pobytu, OO – inny***

b) *Prosimy wypełnić w przypadku, gdy osoba zgłaszająca zmiany jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.*

Nazwa firmy

Forma prawna ☐ sp. z o. o. ☐ S. A. ☐ sp. j. ☐ sp. k. ☐ inna

NIP | REGON | Nr właściwego rejestru

2. ZMIANA DANYCH *Prosimy wpisać aktualne dane oraz wskazać, kogo dotyczy zmiana.*

☐ Ubezpieczonego ☐ Ubezpieczającego ☐ Uposażonego ☐ Partnera ☐ Przedstawiciela Ustawowego

a) **NAZWY *) / NAZWISKA*) :**

b) **DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:** Symbol dokumentu tożsamości [1] | Seria i numer

[1] *Symbole dokumentów tożsamości:* ***DO – dowód osobisty, PA – paszport, DT – dowód tymczasowy, KP – karta pobytu, OO – inny***

c) **ADRESU:** I. ☐ zameldowania / siedziby firmy II. ☐ do korespondencji

Jeżeli dane w punkcie I. i II. są takie same, prosimy wypełnić tylko dane w punkcie I.

I.
ulica | numer domu | numer lokalu
kod kraju | kod pocztowy | miejscowość | poczta

II.
ulica | numer domu | numer lokalu
kod kraju | kod pocztowy | miejscowość | poczta

d) **ADRESU E-MAIL:**

e) **NUMERU TELEFONU:** stacjonarnego 0 (numer kierunkowy | kraju | miejscowości) komórkowego 0 (nr używany do autoryzacji operacji w serwisie Twoja Polisa)

f) **NUMERU RACHUNKU BANKOWEGO**

3. ZMIANA UPOSAŻONYCH *Zmiany Uposażonych, jak i określenia ich % udziału w Świadczeniu może dokonać wyłącznie Ubezpieczony.*

a) **UPOSAŻONYCH GŁÓWNYCH:** *Prosimy określić procentowe udziały w taki sposób, aby ich suma wynosiła 100%.*

Imię Nazwisko
Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

Imię Nazwisko
Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

Imię Nazwisko
Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

Nazwa firmy

Forma prawna ☐ sp. z o.o. ☐ S. A. ☐ sp.j. ☐ sp.k. ☐ inna

NIP REGON Nr właściwego rejestru % udziału

b) **UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH:** *Prosimy określić procentowe udziały w taki sposób, aby ich suma wynosiła 100%.*

Imię Nazwisko

Data urodzenia D D M M R R R R PESEL % udziału

Imię Nazwisko

Data urodzenia D D M M R R R R PESEL % udziału

Nazwa firmy

Forma prawna ☐ sp. z o.o. ☐ S. A. ☐ sp. j. ☐ sp. k. ☐ inna

NIP REGON Nr właściwego rejestru % udziału

UWAGA: Dane zgłoszone do zmiany w punktach 2 i 3 będą obowiązywały od następnego dnia roboczego, licząc od daty wpływu wniosku do Centrali Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

4. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA

Zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia może dokonać wyłącznie Ubezpieczający. Prosimy wpisać aktualne dane.

a) **KWOTY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ:** , PLN

b) **CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK:** ☐ miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna

c) **WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA:** PLN

Zmiana warunków wskazanych w punktach 4 a), b), c) może być dokonana wyłącznie w Rocznicę Polisy, o ile ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) dla danej umowy przewidują taką możliwość.
Zmiany te wchodzą w życie po pisemnej akceptacji przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Prosimy zatem, o zgłaszanie tych zmian nie wcześniej niż 30 dni przed najbliższą Rocznicą Polisy.

d) ☐ **ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI**

e) ☐ **ROZPOCZĘCIE OKRESU BEZSKŁADKOWEGO**

Zmiana warunków wskazanych w punktach 4 d) i e) obowiązywać będzie od pierwszego dnia okresu, za który Składka Ubezpieczeniowa była należna i nie nastąpiło Opłacenie Składki.

f) **INNYCH WARUNKÓW** *Prosimy o krótki opis czego ma dotyczyć zmiana.*

.....

.....

5. OŚWIADCZENIA

a) dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazywanie (zgodnie z Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku, tj. Dz.U. z 2002, Nr 101, poz.926 z pózn. zm.) przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedziba w Warszawie (zwanej dalej Nordea) moich danych osobowych podmiotom należącym do Grupy Nordea w Polsce, do których w szczególności należą Nordea Bank Polska S.A., Nordea Usługi Finansowe Sp. z o.o., Nordea Finance Polska S.A., Nordea Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A. oraz

UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE **UBEZPIECZONY** ☐ TAK ☐ NIE

b) podany we wniosku adres e-mail jest przeze mnie używany oraz przyjmuję do wiadomości, że wszelka korespondencja może być doręczana przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie drogą elektroniczną na warunkach przewidzianych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie w przypadku zmiany używanego przeze mnie adresu e-mail.

UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE **UBEZPIECZONY** ☐ TAK ☐ NIE

c) podany we wniosku numer telefonu jest przeze mnie używany oraz przyjmuję do wiadomości, że będzie on wykorzystywany przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie do kontaktowania się ze mną na warunkach przewidzianych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie w przypadku zmiany używanego przeze mnie numeru telefonu.

UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE **UBEZPIECZONY** ☐ TAK ☐ NIE

Przyjmuję do wiadomości i podpisem na niniejszym wniosku zaświadczam jednocześnie, ze:

1) zobowiązuję się do nieujawniania jakiejkolwiek osobie trzeciej LOGINU lub Hasła (w tym Hasła Pierwszego Logowania), ani żadnych innych danych, umożliwiających dostęp do informacji o moich Umowach Ubezpieczenia oraz dokonywanie Zleceń, o których mowa w Regulaminie ”Twoja Polisa”,
2) zostałem (-łam) poinformowany (-a) i przyjmuję do wiadomości, że Nordea nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną mi przez osobę trzecią w wyniku uzyskania dostępu do informacji o moich Umowach Ubezpieczenia lub dokonania Zleceń, o których mowa w Regulaminie ”Twoja Polisa”, będącą następstwem niedochowania przeze mnie zobowiązania, o którym mowa w pkt 1) powyżej,
3) zostałem (-łam) poinformowany (-a) i przyjmuję do wiadomości, ze Nordea nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną mi przez osobę trzecią w wyniku uzyskania przez nią dostępu do informacji o moich Umowach Ubezpieczenia lub dokonania Zleceń, o których mowa w Regulaminie ”Twoja Polisa”, będącą następstwem utraty lub kradzieży telefonu komórkowego lub jakiegokolwiek innego nośnika informacji, umożliwiających dostęp do moich Umów Ubezpieczenia, o których to zdarzeniach Nordea nie została poinformowana.

UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE **UBEZPIECZONY** ☐ TAK ☐ NIE

Miejscowość

Data D D - M M - R R R R

Czytelny podpis osoby dokonującej zmiany, zgodny z podpisem złożonym na Wniosku o Zawarcie Umowy Ubezpieczenia na Życie

**Prosimy o dołączenie do wniosku kopii dokumentu potwierdzającego:*

- *zmianę nazwy lub osób reprezentujących firmę (dokument właściwego rejestru) w przypadku, gdy zmiana dotyczy osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającą osobowości prawnej;*
- *zmianę nazwiska (akt małżeństwa, dowód osobisty, orzeczenie sądu itp.) oraz dodatkowo prosimy osobę, która zmieniła nazwisko o złożenie poniżej nowego wzoru podpisu.*

Data wpływu wniosku do Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. D D - M M - R R R R

Czytelny podpis osoby po zmianie nazwiska