

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 komórkowego 0
numer kierunkowy kraj miejscowości (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 PESEL % udziału
 Imię Nazwisko
 Data urodzenia PESEL % udziału
 Imię Nazwisko
 Data urodzenia 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	DD MM RRRR	PESEL		% udziału	
Imię		Nazwisko			
Data urodzenia	DD MM RRRR	PESEL		% udziału	
Nazwa firmy					
		Forma prawna	<input type="checkbox"/> sp. z o.o.	<input type="checkbox"/> S. A.	<input type="checkbox"/> sp. j.
			<input type="checkbox"/> sp. k.	<input type="checkbox"/> 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

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

a) KWOTY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ:		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 wchodzi 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.		
b) CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK:	<input type="checkbox"/> miesięczna	<input type="checkbox"/> kwartalna		<input type="checkbox"/> półroczna	<input type="checkbox"/> roczna
c) WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA:		PLN			
d) <input type="checkbox"/> ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI				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.	
e) <input type="checkbox"/> ROZPOCZĘCIE OKRESU BEZSKŁADKOWEGO					
f) INNYCH WARUNKÓW	Prosimy o krótki opis czego ma dotyczyć zmiana.				

5. OŚWIADCZENIA

a) dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazywanie (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku, tj. Dz.U. z 2002, Nr 101, poz.926 z późn. zm.) przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą 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, że:

- zobowiązuję się do nieujawniania jakiegokolwiek 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",
- 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,
- zostałem (-łam) poinformowany (-a) i przyjmuję do wiadomości, że 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

	DD-MM-RRRR
Miejscowość	Data

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 posiadającej 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. DD-MM-RRRR

Czytelny podpis osoby po zmianie nazwiska