

Formularz zmian
danych osoby objętej Grupowym Ubezpieczeniem na Życie
z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi MULTIOCHRONA

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa

Nr polisy:

2. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko

Data urodzenia:

Nr potwierdzenia:

PROSIMY O ZAZNACZENIE POLA WYBORU PRZY RODZAJU ZMIANY JAKA MA ZOSTAĆ DOKONANA

1. Zmiana imienia / nazwiska Ubezpieczonego (wymagane jest dołączenie kopii dowodu tożsamości)

Data zmiany:

Imię / imiona

Nazwisko

2. Zmiana danych teleadresowych Ubezpieczonego

Data zmiany:

Adres do korespondencji

tel.:

tel. kom.:

e-mail:

3. Zmiana danych Uposażonych

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
5.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
6.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

4. Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

Data zawieszenia:

Planowana data wznowienia:

Powód zawieszenia: Odbywanie służby wojskowej

Pobieranie renty rehabilitacyjnej lub czasowej

Przebywanie na urlopie wychowawczym

Inne

5. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej

Data wznowienia:

6. Zmiana sposobu alokacji składki funduszowej

Fundusz	Udział w %
1. Fundusz akcyjny	
2. Fundusz zrównoważony	
3. Fundusz bezpieczny	
Razem	100 %

7. Zmiana wysokości deklarowanej składki podstawowej

Dotychczasowa wysokość składki podstawowej:

Nowa deklarowana wysokość składki podstawowej:

3. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany(a), oświadczam że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości w okresie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi MULTIOCHRONA obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
2. Zostałem(am) również poinformowany(a), że:
 1. dane osobowe podane w niniejszej deklaracji:
 - a. zbierane są na zasadzie dobrowolności,
 - b. służyć będą ocenie ryzyka i podjęciu decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, późniejszej obsłudze tej umowy, jak również planowaniu działalności w dziedzinie ubezpieczeń,
 - c. nie będą nikomu udostępniane, z wyjątkiem przypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej;
 2. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz.U. z 2002r., Nr 101, poz. 926) o ochronie danych osobowych Ubezpieczający/Ubezpieczony ma prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich zmiany.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S. A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jasnej 14/16a oraz przez spółki koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, z siedzibą Dortmund/Hamburg, zarówno obecnie jak i w przyszłości, moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, dla celów marketingowych, zgodnie z prowadzoną przeze mnie działalnością ubezpieczeniową oraz dla celów marketingowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zmianami). Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo do wglądu do moich danych oraz do ich poprawiania.

r	r	r	r	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

Data

.....

Imię i nazwisko

.....

podpis Ubezpieczonego

r	r	r	r	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

Data

.....

Imię i nazwisko

.....

podpis osoby
odpowiedzialnej za obsługę ubezpieczenia