



DRUK ZMIAN INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Wypełniony druk należy przesłać listem poleconym lub osobiście dostarczyć do siedziby Towarzystwa

I. POLISA

Numer polisy	_____
--------------	-------

II. UBEZPIECZONY

Nazwisko i imię Ubezpieczonego	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
_____	_____

III. UBEZPIECZAJĄCY (PROSIMY O WYPEŁNIENIE TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZAJĄCYM I UBEZPIECZONYM NIE JEST TA SAMA OSOBA)

Nazwisko i imię Ubezpieczającego	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
_____	_____

IV. WNIOSKOWANE ZMIANY (PROSIMY O WYPEŁNIENIE RUBRYK, KTÓRE DOTYCZĄ WNIOSKOWANEJ ZMIANY)

1. Zmiana adresu Ubezpieczonego/Ubezpieczającego (niepotrzebne skreślić)

a) Poprzedni adres zamieszkania/adres do korespondencji (niepotrzebne skreślić)

Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
_____	_____	_____	_____ - _____	_____
Numer telefonu	Prywatny	Służbowy	Poczta	
_____	_____	_____	_____	

b) Nowy adres zamieszkania/adres do korespondencji (niepotrzebne skreślić)

Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
_____	_____	_____	_____ - _____	_____
Numer telefonu	Prywatny	Służbowy	Poczta	
_____	_____	_____	_____	

2. Zmiana beneficjentów (zmiana może zostać dokonana wyłącznie przez Ubezpieczonego)

a) Nowi beneficjenci główni

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Suma				100%

b) Nowi beneficjenci dodatkowi (beneficjenci dodatkowi są uprawnieni do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego tylko i wyłącznie w przypadku, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Suma				100%

3. Propozycje innych zmian



EHZ01020067071011

4. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (dotyczy ubezpieczeń na życie umożliwiających inwestowanie środków w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe). Dyspozycje zmian stanu jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych

4.1 Zmiana alokacji

Zmiana alokacji składki regularnej*		Zmiana alokacji wpłaty dodatkowej*	
Fundusz	[%]	Fundusz	[%]
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	
Suma	100%	Suma	100%

* dyspozycja zakupu nowych jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych (z dokładnością do 5%. W przypadku, gdy suma udziałów nie jest równa 100% Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczającego o ponowne złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku)

4.2 Konwersja jednostek uczestnictwa**

Fundusz	Fundusz obecny [%]	Fundusz docelowy [%]
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
	Suma	100%

** zmiana dotychczas zgromadzonych jednostek uczestnictwa w danym Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym na jednostki uczestnictwa innego lub innych funduszy. W przypadku konwersji jednostek uczestnictwa należy wpisać pożądaną zmianę - wartość [w %] jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, z którego dokonywana będzie konwersja na rzecz funduszu/ów docelowego/ych. Jeżeli produkt ubezpieczeniowy dopuszcza odmienną alokację, ze względu na rodzaj konta lub subkonta, należy określić jakiego konta lub subkonta konwersja dotyczy.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej inne cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów
Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555
 *opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
www.ergohestia.pl

V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

VI. PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO (PROSIMY O WYPEŁNIENIE TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZAJĄCYM I UBEZPIECZONYM NIE JEST TA SAMA OSOBA, A O DOKONANIE ZMIAN WNIOSKUJE UBEZPIECZAJĄCY)

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

Wypełniony druk należy przesać listem poleconym lub dostarczyć osobiście do siedziby Towarzystwa



EHZ02020067071011