

Wniosek o przeniesienie praw i obowiązków Ubezpieczającego

Nr polisy _____

WNIOSEK WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

I. DOTYCHCZASOWY UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko i imię / Nazwa _____

Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL/REGON _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres stały / Siedziba

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

II. UBEZPIECZONY

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres stały

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Ades e-mail _____

III. OŚWIADCZENIE

Dotychczasowy Ubezpieczający:

Niniejszym zrzekam się wszelkich praw i obowiązków Ubezpieczającego (w tym obowiązku opłacania składki ubezpieczeniowej), wynikających z zawartej Umowy ubezpieczenia potwierdzonej w/w polisą, dokonując przeniesienia praw i obowiązków Ubezpieczającego:

na Ubezpieczonego

na nowego Ubezpieczającego

Imię i nazwisko / Nazwa _____

Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL/REGON _____ Osoba fizyczna Przedsiębiorca

Adres stały / Siedziba

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Ades e-mail _____

Proszę o dokonanie powyższej zmiany z dniem DD - MM - RRRR

Nowy Ubezpieczający:

Niniejszym wstępuję w prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z zawartej Umowy ubezpieczenia potwierdzonej w/w polisą z dniem określonym powyżej.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami Umowy ubezpieczenia oraz, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie oraz ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych.

Ubezpieczony:

Wyrażam zgodę na dokonanie powyższej zmiany.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data DD - MM - RRRR

_____ miejscowość _____ podpis dotychczasowego Ubezpieczającego _____ podpis nowego Ubezpieczającego _____ podpis Ubezpieczonego _____

Uwaga! W przypadku śmierci dotychczasowego Ubezpieczającego wniosek wypełnia Ubezpieczony. Obowiązkowo do wniosku proszę dołączyć kopię aktu zgonu.

Zgodnie z art.23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182) wyrażam zgodę na przekazywanie przez Towarzystwo moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres do korespondencji, e-mail i numer telefonu innym podmiotom prawa polskiego powiązanym z Towarzystwem lub z którymi Towarzystwo współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, w szczególności w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług.

Data DD - MM - RRRR _____

_____ miejscowość _____ podpis nowego Ubezpieczającego _____

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 167.845.797,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000