Umowa zmiany ubezpieczającego

Formularz

Numer polisy

Wypełnij formularz drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem. Wpisz datę oraz złóż podpis w oznaczonym miejscu. Wniosek odeślij na nasz adres UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

Dane dotychczasowego ubezpieczającego

Dane osobowe i kontaktowe

Nazwa firmy *(jeśli dotyczy)*

Imię i nazwisko *(w przypadku firmy prosimy podać dane osoby uprawnionej do jej reprezentacji)*

D D M M R R R R
Data urodzenia

PESEL

NIP

Państwo urodzenia

Obywatelstwo
☐ polskie ☐ inne *(jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)*

Seria i numer dokumentu tożsamości
☐ dowód osobisty
☐ mDowód
☐ paszport
☐ karta pobytu

Telefon

Adres e-mail

Adres korespondencyjny

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Ulica

Numer domu/lokalu

Adres zamieszkania

Wypełnij, jeśli jest inny niż adres korespondencyjny.

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Ulica

Numer domu/lokalu

Dane nowego ubezpieczającego

Dane osobowe i kontaktowe

Nazwa firmy *(jeśli dotyczy)*

Imię i nazwisko *(w przypadku firmy prosimy podać dane osoby uprawnionej do jej reprezentacji)*

D D M M R R R R
Data urodzenia

PESEL

NIP

Państwo urodzenia

Obywatelstwo
☐ polskie ☐ inne *(jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)*

Seria i numer dokumentu tożsamości
☐ dowód osobisty
☐ mDowód
☐ paszport
☐ karta pobytu

Telefon

Adres e-mail

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859
Kapitał zakładowy: 496 772 608 zł – wpłacony w całości

Adres korespondencyjny

Miejscowość _____ Kod pocztowy __-___ Kraj _____

Ulica _____ Numer domu/lokalu ___/___

Adres zamieszkania

Wypełnij, jeśli jest inny niż adres korespondencyjny.

Miejscowość _____ Kod pocztowy __-___ Kraj _____

Ulica _____ Numer domu/lokalu ___/___

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy

☐ umowa o pracę ☐ działalność gospodarcza / udziały w spółkach / wolny zawód ☐ darowizna ☐ spadek ☐ wygrana losowa ☐ kredyt

☐ emerytura lub renta ☐ inne _____

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności) _____

Oświadczenia nowego ubezpieczającego

Oświadczenie o zajmowaniu eksponowanego stanowiska

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne. ☐ Tak ☐ Nie
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Jeśli w tej sekcji zaznaczasz „Tak", wypełnij dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej, który znajdziesz na uniqa.pl. Odpowiedź „Tak" powinny zaznaczyć osoby, które zajmują znaczące stanowisko polityczne lub pełnią znaczące funkcje publiczne (zgodnie z art. 2 ustawy z 1.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu). Odpowiedź „Tak" powinni również zaznaczyć członkowie rodziny osoby zajmującej takie stanowisko oraz znani bliscy współpracownicy tych osób (zgodnie z tą samą ustawą).

Oświadczenie o rezydencji podatkowej

Jeśli nie jesteś osobą fizyczną, wypełnij obowiązkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej, który znajduje się na uniqa.pl. W przypadku spółki cywilnej każdy wspólnik uzupełnia odrębny Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, że jestem podatnikiem w USA lub innym kraju poza Polską. ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli w tej sekcji zaznaczasz „Tak", wypełnij dodatkowo poniższe informacje.

Miejsce urodzenia: _____ Miejscowość _____ Kraj

Kraj rezydencji *(wskaż wszystkie właściwe)*: _____

Numer TIN: _____ ☐ Kraj nie wydał numeru TIN

Powód niewydania numeru TIN: _____

Inny indywidualny numer: _____ Rodzaj innego identyfikatora: _____

Zobowiązuję się do aktualizacji powyższych danych w 30 dni od ich zmiany.
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

TIN (Tax Identification Number) jest odpowiednikiem Numeru Identyfikacji Podatkowej w kraju rezydencji. Podstawa prawna, która wymaga od nas uzyskania tych informacji, to ustawy:

- *z 9.10.2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA,*
- *z 9.03.2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami; podatnikiem w Stanach Zjednoczonych Ameryki (USA) jest zawsze obywatel USA oraz inne osoby, które mają status rezydenta podatkowego w USA – w razie wątpliwości skontaktuj się z prawnikiem lub doradcą podatkowym.*

Oświadczenie dodatkowe o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia po wejściu w życie umowy zmiany ubezpieczającego na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Proszę o przesyłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany w umowie e-mail: ☐ Tak ☐ Nie

Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Dane osobowe będziemy przetwarzać między innymi po to, aby wykonać umowę ubezpieczenia. Przysługuje Panu/Pani m.in. prawo dostępu do danych oraz ich aktualizacji. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych znajdują się na stronie internetowej www.uniqa.pl/dane-osobowe w zakładce „UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A." w dokumencie „klient".

Poniższym podpisem potwierdzam zgodność wszystkich informacji ze stanem faktycznym i oświadczeń, które mnie dotyczą.

D D M M R R R R
Data

Podpis
Czytelny podpis nowego ubezpieczającego

Klauzula marketingowa (kod: ZM2023W01)

☐ Zgadzam się, aby wszystkie poniższe spółki UNIQA przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe za pośrednictwem wszystkich poniższych kanałów kontaktu.

Jeśli chcesz udzielić zgody tylko wybranym spółkom i na wybrane kanały kontaktu, zaznacz je poniżej.

Zgadzam się, aby:

- ☐ UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
- ☐ UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- ☐ UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.
- ☐ UNIQA Polska S.A. (dystrybucja ubezpieczeń majątkowych i na życie, produktów inwestycyjnych i emerytalnych)

przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe:

- ☐ za pośrednictwem e-mail lub SMS
- ☐ telefonicznie, w tym z użyciem automatycznych systemów wywołujących (te systemy będą kontaktować się z Tobą bez bezpośredniego udziału człowieka).

Zgód udzielasz dobrowolnie i w każdej chwili możesz je wycofać.

Treść umowy

1. Na mocy niniejszej umowy nowy ubezpieczający wstępuje w miejsce dotychczasowego ubezpieczającego w zakresie uregulowanym umową ubezpieczenia zawartą pomiędzy UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a dotychczasowym ubezpieczającym.
2. Nowy ubezpieczający oświadcza, że znana mu jest treść umowy ubezpieczenia, w tym treść ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta, szczegółowo zapoznał się z warunkami umowy ubezpieczenia i w pełni je akceptuje.
3. Dotychczasowy ubezpieczający przelewa na rzecz nowego ubezpieczającego swoją wierzytelność wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia.
4. Nowy ubezpieczający przejmuje wszelkie zobowiązania wynikające z umowy ubezpieczenia.
5. Na mocy niniejszej umowy nowy ubezpieczający staje się stroną umowy ubezpieczenia.
6. Umowa wchodzi w życie po zaakceptowaniu jej przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
7. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
8. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego.
9. Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron umowy oraz jeden dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. W przypadku niewyrażenia zgody przez Towarzystwo umowa nie wywiera żadnych skutków.

D D M M R R R R
Data

Podpis
Czytelny podpis nowego ubezpieczającego

D D M M R R R R
Data

Podpis
Czytelny podpis dotychczasowego ubezpieczającego

Dane ubezpieczonego

Te informacje należy uzupełnić tylko w przypadku, gdy ubezpieczony nie jest jednocześnie ubezpieczającym.

Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

Ubezpieczony wyraża zgodę na zmianę ubezpieczającego. ☐ Tak ☐ Nie

D D M M R R R R
Data

Podpis
Czytelny podpis ubezpieczonego

Jeżeli ubezpieczony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego ubezpieczonego.

Przedstawiciel UNIQA

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w umowie i oświadczam, że zweryfikowałem/-am tożsamość klientów na podstawie dokumentów wskazanych w tej umowie.

Imię i nazwisko

Numer wewnętrzny/RAU

Miejscowość

D D M M R R R R
Data

Podpis
Czytelny podpis przedstawiciela UNIQA

Jeśli składasz wniosek bez udziału przedstawiciela pamiętaj o dołączeniu:

1) kopii dokumentu tożsamości dotychczasowego ubezpieczającego,
2) kopii dokumentu tożsamości nowego ubezpieczającego,
3) odpisu właściwego rejestru (np. KRS) lub innego dokumentu, który zawiera dane nowego ubezpieczającego oraz Formularz AML i rezydencji podatkowej – tylko wtedy gdy ubezpieczający nie jest osobą fizyczną.