

Ubezpieczenie	Nazwa ubezpieczenia: <input type="text"/> Numer polisy/certyfikatu <input type="text"/>		
Ubezpieczający	<input type="text"/> Nazwisko/nazwa firmy <input type="text"/> Imię <input type="text"/> PESEL <input type="text"/> REGON <input type="text"/>		
Ubezpieczony	<input type="text"/> Nazwisko <input type="text"/> Imię <input type="text"/> PESEL <input type="text"/>		
Zmiana danych	Nowe dane osobowe (należy wypełnić wyłącznie modyfikowane dane)		
Zmiana danych dotyczy*	<input type="checkbox"/> Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> Ubezpiezonego		
<input type="checkbox"/> Nazwiska/nazwy firmy*	<input type="text"/> Nazwisko/nazwa firmy <input type="text"/> Imię <input type="text"/> PESEL <input type="text"/> REGON <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Adresu zameldowania*	<input type="text"/> Ulica, nr domu, nr mieszkania — Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/> Telefon kontaktowy <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Adresu korespondencyjnego*	<input type="text"/> Ulica, nr domu, nr mieszkania — Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Dokumentu tożsamości*	<input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Karta pobytu <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Prawo jazdy <input type="text"/> Seria i nr <input type="text"/> Organ wydający <input type="text"/> Data wydania <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Danych do obsługi UNIQA24*	(dotyczy ubezpieczeń z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi) <input type="text"/> Telefon komórkowy <input type="text"/> Adres e-mail <input type="text"/>		
Uprawnieni	<input type="checkbox"/> Zmiana uprawnionych (zmiana musi być podpisana przez Ubezpiezonego)*		
Uwaga: podanie Uprawnionych oznacza, że jedynymi Uprawnionymi w przypadku zgonu Ubezpiezonego będą tylko i wyłącznie osoby wskazane w tej tabeli (dane zawarte w poniższej tabeli anulują poprzednie wskazania Uprawnionych)			
Uprawnieni*	1.	<input type="text"/> Nazwisko i imię <input type="text"/> PESEL <input type="text"/> Adres korespondencyjny <input type="text"/> Udział % w kwocie świadczenia <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> główni	2.	<input type="text"/> Nazwisko i imię <input type="text"/> PESEL <input type="text"/> Adres korespondencyjny <input type="text"/> Udział % w kwocie świadczenia <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> zastępczy	3.	<input type="text"/> Nazwisko i imię <input type="text"/> PESEL <input type="text"/> Adres korespondencyjny <input type="text"/> Udział % w kwocie świadczenia <input type="text"/>	

miejscowość, data

podpis Ubezpiezonego

podpis Ubezpieczającego

podpis i numer Pośrednika

Instrukcja wypełniania wniosku

- Formularz powinien być wypełniony czytelnie, drukowanymi literami.
- Błędne informacje na formularzu powinny się przekreślić ciągłą linią wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być pod rygorem nieważności poświadczone podpisem osoby uprawnionej (Ubezpiezonego/Ubezpieczającego), zgodnym z podpisem wzorcowym.
- Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio wypełnić znakiem „X” lub pozostawić puste.