



Formularz dotyczący Uposażonych

Nr wniosku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wypełnij formularz drukowanymi literami. Każdą korektę potwierdź swoim podpisem.

Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji

☐ Ubezpieczający		☐ Ubezpieczony																		
Imię /Nazwa firmy																				
Nazwisko /Nazwa firmy																				
Data urodzenia	DD	MM	RRRR	PESEL/NIP (w przypadku firmy)						Typ dokumentu tożsamości:	☐ dowód osobisty	☐ paszport								
Obywatelstwo					Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)			Nr dokumentu tożsamości												
Aktualny adres stałego zamieszkania/Siedziba firmy																				
Ulica, nr domu, nr mieszkania																				
Miejscowość/ Pocztą										Kod pocztowy						Kraj				
Tel. kontaktowy										E-mail										
Ubezpieczający (imię i nazwisko/ Nazwa firmy) ¹⁾																				

¹⁾ Wypełnij, jeżeli składasz formularz jako Ubezpieczony.

Uposażeni w ramach umowy głównej oraz umów wypadkowych (łącznie udział procentowy uposażonych powinien wynosić 100%)

Jeżeli chcesz wskazać więcej niż 3 Uposażonych, wypełnij drugi formularz i zaznacz liczbę dodatkowych formularzy.

1. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego ²⁾																								
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej ²⁾																								
NIP ²⁾					Data urodzenia	DD	MM	RRRR	Płeć:	☐ K	☐ M													
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby ²⁾																			
Relacja ³⁾ z Ubezpieczonym					Relacja ³⁾ z Ubezpieczającym ⁴⁾																Udział			%
2. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego ²⁾																								
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej ²⁾																								
NIP ²⁾					Data urodzenia	DD	MM	RRRR	Płeć:	☐ K	☐ M													
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby ²⁾																			
Relacja ³⁾ z Ubezpieczonym					Relacja ³⁾ z Ubezpieczającym ⁴⁾																Udział			%
3. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego ²⁾																								
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej ²⁾																								
NIP ²⁾					Data urodzenia	DD	MM	RRRR	Płeć:	☐ K	☐ M													
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby ²⁾																			
Relacja ³⁾ z Ubezpieczonym					Relacja ³⁾ z Ubezpieczającym ⁴⁾																Udział			%

²⁾ Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.³⁾ Wybierz i wpisz jedną z relacji: mąż/zona, partner/partnerka, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, pracownik, członek rodziny pracownika, członek zarządu, wspólnik/udziałowiec, strona w trust, zawodowa, inny niespokrewniony, ta sama osoba, odmowa udzielenia odpowiedzi.⁴⁾ Wypełnij w przypadku, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony.

Uposażeni zastępczy Uposażeni zastępczy w ramach umowy głównej oraz umów wypadkowych

(łączny udział procentowy uposażonych zastępczych powinien wynosić 100%)

Jeżeli chcesz wskazać więcej niż 3 Uposażonych zastępczych, wypełnij drugi formularz i zaznacz liczbę dodatkowych formularzy.

1. Imię i nazwisko/
Nazwa Uposażonego⁵⁾

Forma prawna
prowadzenia działal-
ności gospodarczej⁵⁾

NIP⁵⁾

Data urodzenia

DD

MM

RRRR

Płeć:

☐K

☐M

Państwo urodzenia

Państwo zamieszkania/
Państwo siedziby⁵⁾

Relacja⁶⁾
z Ubezpieczonym

Relacja⁶⁾
z Ubezpieczającym⁷⁾

Udział

%

2. Imię i nazwisko/
Nazwa Uposażonego⁵⁾

Forma prawna
prowadzenia działal-
ności gospodarczej⁵⁾

NIP⁵⁾

Data urodzenia

DD

MM

RRRR

Płeć:

☐K

☐M

Państwo urodzenia

Państwo zamieszkania/
Państwo siedziby⁵⁾

Relacja⁶⁾
z Ubezpieczonym

Relacja⁶⁾
z Ubezpieczającym⁷⁾

Udział

%

3. Imię i nazwisko/
Nazwa Uposażonego⁵⁾

Forma prawna
prowadzenia działal-
ności gospodarczej⁵⁾

NIP⁵⁾

Data urodzenia

DD

MM

RRRR

Płeć:

☐K

☐M

Państwo urodzenia

Państwo zamieszkania/
Państwo siedziby⁵⁾

Relacja⁶⁾
z Ubezpieczonym

Relacja⁶⁾
z Ubezpieczającym⁷⁾

Udział

%

⁵⁾ Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.

⁶⁾ Wybierz i wpisz jedną z relacji: mąż/zona, partner/partnerka, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, pracownik, członek rodziny pracownika, członek zarządu, współnik/udziałowiec, strona w trust, zawodowa, inny niespokrewniony, ta sama osoba, odmowa udzielenia odpowiedzi.

⁷⁾ Wypełnij w przypadku, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony.

Uposażeni w ramach umowy dodatkowej Terminowego ubezpieczenia na życie (dotyczy produktu Generali, z myślą o całym Twoim życiu)

Jeżeli chcesz wskazać więcej niż 3 Uposażonych w ramach umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, wypełnij drugi formularz i zaznacz liczbę dodatkowych formularzy.

Numer umowy⁹⁾

Cel⁶⁾

Suma ubezpieczenia⁸⁾

1. Imię i nazwisko/
Nazwa Uposażonego⁹⁾

Forma prawna
prowadzenia działal-
ności gospodarczej⁹⁾

NIP⁹⁾

Data urodzenia

DD

MM

RRRR

Płeć:

☐K

☐M

Państwo urodzenia

Państwo zamieszkania/
Państwo siedziby⁹⁾

Relacja¹⁰⁾
z Ubezpieczonym

Relacja¹⁰⁾
z Ubezpieczającym¹¹⁾

Udział

%

2. Imię i nazwisko/
Nazwa Uposażonego⁹⁾

Forma prawna
prowadzenia działal-
ności gospodarczej⁹⁾

NIP⁹⁾

Data urodzenia

DD

MM

RRRR

Płeć:

☐K

☐M

Państwo urodzenia

Państwo zamieszkania/
Państwo siedziby⁹⁾

Relacja¹⁰⁾
z Ubezpieczonym

Relacja¹⁰⁾
z Ubezpieczającym¹¹⁾

Udział

%

3. Imię i nazwisko/
Nazwa Uposażonego⁹⁾

Forma prawna
prowadzenia działal-
ności gospodarczej⁹⁾

PESEL/NIP⁹⁾

Data urodzenia

DD

MM

RRRR

Płeć:

☐K

☐M

Państwo urodzenia

Państwo zamieszkania/
Państwo siedziby⁹⁾

Relacja¹⁰⁾
z Ubezpieczonym

Relacja¹⁰⁾
z Ubezpieczającym¹¹⁾

Udział

%

⁸⁾ Uzupełnij w przypadku posiadania więcej niż jednego terminowego ubezpieczenia na życie. Informacje te znajdziesz w dokumencie ubezpieczenia.

⁹⁾ Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.

¹⁰⁾ Wybierz i wpisz jedną z relacji: mąż/zona, partner/partnerka, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, pracownik, członek rodziny pracownika, członek zarządu, współnik/udziałowiec, strona w trust, zawodowa, inny niespokrewniony, ta sama osoba, odmowa udzielenia odpowiedzi.

¹¹⁾ Wypełnij w przypadku, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony.

Uposażony do wypłaty renty

Jeżeli chcesz wskazać uposażonego do więcej niż 1 umowy dotyczącej wypłaty renty, wypełnij drugi formularz i zaznacz liczbę dodatkowych formularzy.

Numer Uposażonego¹²⁾

Suma ubezpieczenia¹²⁾

Imię i nazwisko/
Nazwa Uposażonego¹³⁾

Forma prawna
prowadzenia działal-
ności gospodarczej¹³⁾

NIP¹³⁾

Data urodzenia

Płeć: ☐K ☐M

Państwo urodzenia

Państwo zamieszkania/
Państwo siedziby¹³⁾

Relacja¹⁴⁾
z Ubezpieczonym

Relacja¹⁴⁾
z Ubezpieczającym¹⁵⁾

Udział 100%

¹²⁾ Uzupełnij w przypadku posiadania więcej niż jednej umowy wypłaty renty. Informacje te znajdziesz w dokumencie ubezpieczenia.
¹³⁾ Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.
¹⁴⁾ Wybierz i wpisz jedną z relacji: mąż/zona, partner/partnerka, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, pracownik, członek rodziny pracownika, członek zarządu, wspólnik/udziałowiec, strona w trust, zawodowa, inny niespokrewniony, ta sama osoba, odmowa udzielenia odpowiedzi.
¹⁵⁾ Wypełnij w przypadku, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony.

Liczba dodatkowych formularzy

Do niniejszego formularza dołączam formularzy dotyczących Uposażonych.

Podpisy

Oświadczenie (czytelnie podpisane przez osobę upoważnioną do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję)

Na podstawie okazanego ważnego dokumentu tożsamości, którego dane identyfikacyjne wypełnione zostały w części „Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji” w niniejszym formularzu, potwierdzono tożsamość osoby składającej dyspozycję oraz zgodność danych zamieszczonych w formularzu z danymi zawartymi w dokumencie tożsamości.

Oświadczenie Ubezpieczającego (dotyczy produktu Bezterminowe Ubezpieczenie na Życie "Moi Bliscy")

Oświadczam, że uzyskałam(em) zgody Ubezpieczonych na wskazanie w niniejszym formularzu osób Uposażonych w ramach umowy Bezterminowego Ubezpieczenia na Życie „Moi Bliscy”.

Podpis Ubezpieczającego¹⁶⁾

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości¹⁷⁾

Imię i nazwisko

Podpis

Imię i nazwisko

Podpis

Podpis Ubezpieczonego (wymagany w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, tj. rachunek Ubezpieczonego – nie dotyczy Bezterminowego Ubezpieczenia na Życie „Moi Bliscy”).

Miejscowość dnia

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

Imię i nazwisko

Podpis

DD

MM

RRRR

¹⁶⁾ W przypadku, gdy Ubezpieczającym jest firma, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej do składania dyspozycji oraz dokument potwierdzający jej uprawnienia w tym zakresie.
¹⁷⁾ Osobami upoważnionymi do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję są Pośrednicy ubezpieczeniowi posiadający ważną umowę o współpracy z Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A. oraz notariusz. Dopuszcza się możliwość potwierdzania własnoręczności podpisu przez osoby zatrudnione w Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A., np. Dyrektorów Oddziałów, pracowników etatowych.