



**Uposażeni zastępczy** (łączna wartość świadczeń uposażonych zastępczych powinna wynosić 100%)

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

1. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>5)</sup>																	
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>5)</sup>																	
PESEL/NIP <sup>5)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>6)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>5)</sup>												
Pokrewieństwo z Ubezpieczonym					Pokrewieństwo z Ubezpieczającym <sup>7)</sup>												Udział <input type="text"/> <input type="text"/> %
2. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>5)</sup>																	
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>5)</sup>																	
PESEL/NIP <sup>5)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>6)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>5)</sup>												
Pokrewieństwo z Ubezpieczonym					Pokrewieństwo z Ubezpieczającym <sup>7)</sup>												Udział <input type="text"/> <input type="text"/> %
3. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>5)</sup>																	
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>5)</sup>																	
PESEL/NIP <sup>5)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>6)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>5)</sup>												
Pokrewieństwo z Ubezpieczonym					Pokrewieństwo z Ubezpieczającym <sup>7)</sup>												Udział <input type="text"/> <input type="text"/> %

<sup>5)</sup> Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.<sup>6)</sup> Wypełnij w przypadku braku nr PESEL.<sup>7)</sup> Wypełnij w przypadku, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż UbezpieczonyDo niniejszego formularza dołączam  formularz(e) dotyczący(e) Uposażonych/Uposażonych zastępczych. Łącznie składam dyspozycję dotyczącą  Uposażonych i  Uposażonych zastępczych.**Uposażony do wypłaty renty****Dotychczasowy Uposażony**

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>8)</sup>																
PESEL/NIP <sup>8)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>9)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M

**Nowy Uposażony**

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>8)</sup>																	
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>8)</sup>																	
PESEL/NIP <sup>8)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>9)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>8)</sup>												
Pokrewieństwo z Ubezpieczonym					Pokrewieństwo z Ubezpieczającym <sup>10)</sup>												Udział <input type="text"/> <input type="text"/> %

<sup>8)</sup> Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.<sup>9)</sup> Wypełnij w przypadku braku nr PESEL.<sup>10)</sup> Wypełnij w przypadku, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony**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.

Podpis Ubezpieczającego<sup>11)</sup>

Imię i nazwisko	Podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości<sup>12)</sup>

Imię i nazwisko	Podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podpis Ubezpieczonego (wymagany w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, tj. rachunek Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko	Podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nr rozliczeniowy Pośrednika Tel. kontaktowy Pośrednika 

Miejscowość	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>11)</sup> W przypadku, gdy Ubezpieczającym jest firma, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej do składania dyspozycji oraz dokument potwierdzający jej uprawnienia w tym zakresie.<sup>12)</sup> 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.