



**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>6)</sup>																			
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>6)</sup>																			
PESEL/NIP <sup>6)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M			
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>6)</sup>														
Relacja <sup>8)</sup> z Ubezpieczonym					Relacja <sup>8)</sup> z Ubezpieczającym <sup>9)</sup>										Udział				%
2. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>6)</sup>																			
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>6)</sup>																			
PESEL/NIP <sup>6)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M			
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>6)</sup>														
Pokrewieństwo z Ubezpieczonym					Relacja <sup>8)</sup> z Ubezpieczającym <sup>9)</sup>										Udział				%
3. Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>6)</sup>																			
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>6)</sup>																			
PESEL/NIP <sup>6)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M			
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>6)</sup>														
Pokrewieństwo z Ubezpieczonym					Relacja <sup>8)</sup> z Ubezpieczającym <sup>9)</sup>										Udział				%

<sup>6)</sup> Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.<sup>7)</sup> Wypełnij w przypadku braku nr PESEL.<sup>8)</sup> 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.<sup>9)</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****Nowy Uposażony**

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego <sup>10)</sup>																			
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej <sup>10)</sup>																			
PESEL/NIP <sup>10)</sup>					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: <sup>11)</sup> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M			
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby <sup>10)</sup>														
Relacja <sup>12)</sup> z Ubezpieczonym					Relacja <sup>12)</sup> z Ubezpieczającym <sup>13)</sup>										Udział				%

<sup>10)</sup> Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.<sup>11)</sup> Wypełnij w przypadku braku nr PESEL.<sup>12)</sup> 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.<sup>13)</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>14)</sup>

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

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości<sup>15)</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>14)</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>15)</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.