

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

⁶⁾ Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.⁷⁾ Wypełnij w przypadku braku nr PESEL.⁸⁾ 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.⁹⁾ 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 ¹⁰⁾																			
Forma prawna prowadzenia działal- ności gospodarczej ¹⁰⁾																			
PESEL/NIP ¹⁰⁾					Data urodzenia	DD	MM	RRRR								Płeć: ¹¹⁾ <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M			
Państwo urodzenia					Państwo zamieszkania/ Państwo siedziby ¹⁰⁾														
Relacja ¹²⁾ z Ubezpieczonym					Relacja ¹²⁾ z Ubezpieczającym ¹³⁾										Udział				%

¹⁰⁾ Podaj w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną.¹¹⁾ Wypełnij w przypadku braku nr PESEL.¹²⁾ 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.¹³⁾ 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 Ubezpieczającego¹⁴⁾

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

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości¹⁵⁾

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"/>

¹⁴⁾ W przypadku, gdy Ubezpieczającym jest firma, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej do składania dyspozycji oraz dokument potwierdzający jej uprawnienia w tym zakresie.¹⁵⁾ 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.