



Aktualizacja danych Ubezpiezonego/Współubezpiezonego

Nr Umowy/Polisy grupowego
ubezpieczenia na życie _____

Ubezpieczający

Nazwa firmy _____

Ubezpieczony/Współubezpieczony (dotychczasowe dane)

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____

Wyrażam wolę zmiany następujących zapisów w zgłoszeniu przystąpienia do ubezpieczenia

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____

Ulica _____

Nr domu _____

Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Tel. kontaktowy _____

E-mail _____

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. („Nationale-Nederlanden UF”) moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, e-mail, numery telefonów w celach marketingowych.

Ubezpieczony TAK NIE

Wyrażam zgodę na przekazywanie na wskazany adres e-mail materiałów reklamowych przez Nationale-Nederlanden UF.

Ubezpieczony TAK NIE

Administratorem danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342. Przekazane przez Pana/Panią dane będą przetwarzane w celu przedłożenia Panu/Pani ofercie z pakietu usług oferowanych za pośrednictwem Nationale-Nederlanden UF. Przystępuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych i prawo ich poprawiania. Dane podane zostały dobrowolnie.

Zmiana osób uposażonych/Zmiana podziału procentowego

Imię	Nazwisko	PESEL	Udział %	Adres
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

W przypadku wyznaczenia przez Ubezpieczającego jednego Uposażonego jego udział w świadczeniu ubezpieczeniowym równy jest 100%. W przypadku wyznaczenia więcej niż jednego Uposażonego suma udziałów wszystkich Uposażonych w świadczeniu ubezpieczeniowym musi wynosić 100%, przy czym poszczególne udziały muszą być wyrażone w liczbach całkowitych. Jeżeli udział Uposażonych został podany niezgodnie z powyższymi zasadami świadczenie jest dzielone pomiędzy wszystkich uposażonych proporcjonalnie.

Niniejszym stwierdzam, że wyznaczone wyżej Osoba(y) jest(są) w razie mojej śmierci uprawniona(e) do otrzymania świadczenia przysługującego z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach grupowego ubezpieczenia na życie w Nationale-Nederlanden Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie S.A.

Ubezpieczający
Podpis

Data

Ubezpieczony/Współubezpieczony
Podpis

Data