



AKTUALIZACJA DANYCH UBEZPIECZONEGO/WSPÓLUBEZPIECZONEGO

Nr Umowy/Polisy grupowego ubezpieczenia na życie

1. UBEZPIEZAJĄCY

Nazwa firmy

2. UBEZPIECZONY/WSPÓLUBEZPIECZONY: (dotychczasowe dane)

Nazwisko

Imiona PESEL

3. WYRAŻAM WOLĘ ZMIANY NASTĘPUJĄCYCH ZAPISÓW W ZGŁOSZENIU PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

Nazwisko

Imiona PESEL

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Miejscowość

Tel. kontaktowy E-mail

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ING Usługi Finansowe S.A. moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numery telefonów, PESEL, stan cywilny, e-mail, w celach marketingowych (w tym również na przekazywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail materiałów reklamowych).

Ubezpieczony: TAK NIE

Wyrażam zgodę na przekazanie przez ING Usługi Finansowe S.A. moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numery telefonów, PESEL, stan cywilny, e-mail, w celu przetwarzania tych danych przez polskie podmioty zależne od podmiotu dominującego wobec ING Usługi Finansowe S.A., a w szczególności ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. i ING Otwarty Fundusz Emerytalny (w tym również na przekazywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail materiałów reklamowych), aby mogły zaprezentować mi swoją ofertę marketingową.

Ubezpieczony: TAK NIE

Administratorem danych osobowych jest ING 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 oferty marketingowej polskich podmiotów zależnych od podmiotu dominującego wobec ING Usługi Finansowe S.A. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych i prawo ich poprawiania. Dane podane zostały dobrowolnie.

4. 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 ING Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie S.A.

UBEZPIEZAJĄCY

Podpis

Data

UBEZPIECZONY/WSPÓLUBEZPIECZONY

Podpis

Data