



**Formularz dotyczący Uposażonych**  
**Formularz dotyczący Uposażonych zastępczych**  
**Formularz dotyczący Uposażonych do wypłaty renty**

Nr wniosku  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr polisy  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami. Każda korekta dokonana w niniejszym formularzu powinna zostać potwierdzona podpisem osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji.

**Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji**

Ubezpieczający                       Ubezpieczony

Imię /Nazwa firmy  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko /Nazwa firmy  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia  

DD	MM	RRRR												
----	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/NIP (w przypadku firmy)  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Typ dokumentu tożsamości:  dowód osobisty     paszport     karta pobytu

Obywatelstwo  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr dokumentu tożsamości  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Aktualny adres stałego zamieszkania/Siedziba firmy**

Ulica, nr domu, nr mieszkania  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejscowość/Poczta  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kraj  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. kontaktowy  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ubezpieczający (imię i nazwisko/ Nazwa firmy)<sup>1)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>1)</sup> Należy wypełnić, jeżeli formularz składany jest przez Ubezpieczonego.

**Uposażeni** (łącznie wartość świadczeń uposażonych powinna wynosić 100%)

W przypadku wyboru więcej niż 3 Uposażonych prosimy o wypełnienie drugiego formularza i zaznaczenie ilości dodatkowych formularzy.

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia  

DD	MM	RRRR												
----	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/NIP<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pokrewieństwo  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udział  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 %

Siedziba firmy<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia  

DD	MM	RRRR												
----	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/NIP<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pokrewieństwo  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udział  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 %

Siedziba firmy<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia  

DD	MM	RRRR												
----	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/NIP<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pokrewieństwo  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udział  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 %

Siedziba firmy<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

W przypadku wyboru więcej niż 3 Uposażonych zastępczych prosimy o wypełnienie drugiego formularza i zaznaczenie ilości dodatkowych formularzy.

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia  

DD	MM	RRRR												
----	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/NIP<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pokrewieństwo  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udział  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 %

Siedziba firmy<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia  

DD	MM	RRRR												
----	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/NIP<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pokrewieństwo  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udział  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 %

Siedziba firmy<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko/ Nazwa Uposażonego  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia  

DD	MM	RRRR												
----	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL/NIP<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pokrewieństwo  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udział  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 %

Siedziba firmy<sup>2)</sup>  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>2)</sup> Należy wypełnić wyłącznie, jeżeli Uposażony/Uposażony zastępczy nie jest osobą fizyczną.

Do 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

Data urodzenia    PESEL/NIP<sup>3)</sup>  Pokrewieństwo

Siedziba firmy<sup>3)</sup>

### Nowy Uposażony

Imię i nazwisko/  
Nazwa Uposażonego

Data urodzenia    PESEL/NIP<sup>3)</sup>  Pokrewieństwo

Siedziba firmy<sup>3)</sup>

<sup>3)</sup> Należy wypełnić wyłącznie, jeżeli Uposażony do wypłaty renty nie jest osobą fizyczną.

## Uwagi i komentarze

## Podpisy

### Oświadczenie (czytelnie podpisane przez osobę upoważnioną do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję)

Na podstawie okazanego 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>4)</sup>

Imię i nazwisko  Podpis

#### Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko  Podpis

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

Imię i nazwisko  Podpis

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Miejscowość  Dnia

Tel. kontaktowy Pośrednika

<sup>4)</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>5)</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.