

Osoba wykonująca czynności agencyjne nie powinna być pełnomocnikiem.

Dane Ubezpieczającego

Nazwisko _____ Imię _____
 Numer polisy _____ Numer wniosku _____ PESEL _____ Telefon kontaktowy _____

Dane Pełnomocnika

Nazwisko _____ Imię _____
 Obywatelstwo _____
 Data urodzenia _____ PESEL _____ ☐ polskie ☐ inne _____ Telefon kontaktowy _____
 Seria i numer dokumentu tożsamości _____ ☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ karta pobytu _____ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) _____

Adres korespondencyjny (jeżeli adres zamieszkania/siedziby jest inny niż korespondencyjny, prosimy wpisać go w uwagach i komentarzach)

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Oświadczenie Ubezpieczającego I

☐ Ustanawiam Pełnomocnika* ☐ Zmieniam Pełnomocnika* ☐ Odwołuję Pełnomocnika*

Ustanowienie nowego Pełnomocnika powoduje wygaśnięcie pełnomocnictwa dla osoby ustanowionej wcześniej. W jednym czasie może występować tylko jeden Pełnomocnik.

Wzór podpisu Pełnomocnika

_____ Data _____ Podpis Pełnomocnika _____
 Podpis Pełnomocnika jest każdorazowo weryfikowany. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości realizacja złożonej dyspozycji jest wstrzymywana do momentu wyjaśnienia.

Oświadczenie Ubezpieczającego II

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa ww. Pełnomocnikowi do dokonywania w moim imieniu następujących czynności, według uznania Pełnomocnika, dotyczących umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze podanym powyżej:

- | | |
|--|---|
| 1) zmiany alokacji składki podstawowej | 8) złożenia wniosku o wypłatę wartości dodatkowej polisy |
| 2) zmiany alokacji składki dodatkowej | 9) złożenia wniosku o wypłatę części wartości dodatkowej polisy |
| 3) konwersji jednostek uczestnictwa w ramach rachunku podstawowego | 10) uzyskania pisemnej informacji o wartości polisy |
| 4) konwersji jednostek uczestnictwa w ramach rachunku dodatkowego | 11) uzyskania telefonicznej informacji dotyczącej mojej umowy ubezpieczenia |
| 5) zawieszenia opłacania składki podstawowej | 12) złożenie wniosku o zmianę osób uposażonych |
| 6) złożenia wniosku o wypłatę wartości polisy | 13) inne _____ |
| 7) złożenia wniosku o wypłatę części wartości podstawowej polisy | |

Prosimy o przekreślenie całej linii z nazwą czynności nieobjętej pełnomocnictwem. Brak skreślenia powoduje włączenie czynności do zakresu pełnomocnictwa.

Uwagi i komentarze

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Udzielone pełnomocnictwo

Prosimy zaznaczyć tylko jedną opcję.

☐ Na czas nieokreślony (do odwołania przez Ubezpieczającego) od dnia

☐ Na czas nieokreślony (do odwołania przez Ubezpieczającego) od dnia

☐ Na czas określony od dnia DDMMRRRRRR do dnia DDMMRRRRRR

☐ Na czas określony od dnia DDMMRRRRRR do dnia DDMMRRRRRR

☐ Na czas określony od dnia DDMMRRRRRR do dnia DDMMRRRRRR

Data _____ Podpis Ubezpieczającego _____

Data _____ Podpis Ubezpieczającego _____

Instrukcja dotycząca wypełniania pełnomocnictwa

Jak prawidłowo wypełnić pełnomocnictwo:

1. Nieprawidłowe wypełnienie pełnomocnictwa może skutkować niewprowadzeniem wnioskowanych zmian i odesłaniem pełnomocnictwa do poprawy.
2. Błędne informacje w pełnomocnictwie należy przekreślić jedną ciągłą linią, wpisując obok poprawną informację. Dokonywanie jakichkolwiek poprawek/zmian w pełnomocnictwie musi być parafowane przez Ubezpieczającego.
3. Numer telefonu domowego należy poprzedzić numerem kierunkowym.
4. Pole wyboru należy odpowiednio zaznaczyć „X”.

Identyfikacja tożsamości Ubezpieczającego/Pełnomocnika (wypełnia Przedstawiciel Towarzystwa / Pośrednik ubezpieczeniowy)

Oświadczam, iż dokonałem/-am identyfikacji Ubezpieczającego/Pełnomocnika na podstawie wyżej opisanego dokumentu tożsamości.

Imię i nazwisko _____ Numer RAU _____

Imię i nazwisko _____ Numer RAU _____

DDMMRRRR _____

Data _____ Podpis Przedstawiciela Towarzystwa/Pośrednika ubezpieczeniowego _____

Data _____ Podpis Przedstawiciela Towarzystwa/Pośrednika ubezpieczeniowego _____