

# Wskazanie, zmiana uposażonych, cesja

z tytułu świadczeń w ramach ubezpieczenia Bezpieczne Raty, Super Bezpieczne Raty, CreditShield Standard/CreditShield Premium.

Dokument służy do wskazania lub zmiany Uposażonych uprawnionych do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczający ma prawo wskazać imiennie co najmniej jednego Uposażonego uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Wszystkie pola Formularza powinny być wypełnione czytelnie, z podaniem wszystkich wymaganych danych. Jeżeli brakuje miejsca na wskazanie kolejnego Uposażonego, prosimy wypełnić dodatkowy dokument.  
**Suma % uposażenia dla wszystkich uposażonych osób musi wynosić łącznie 100% z zaokrągleniem do 1%.**

Poprawnie wypełniony dokument należy złożyć u Agenta, w jednym z oddziałów Citi Handlowy albo korespondencyjnie na adres: Citi Handlowy, Zespół Obsługi Produktów Ubezpieczeniowych i Inwestycyjnych, ul. Pstrowskiego 16, 10-602 Olsztyn

## Dane Ubezpieczającego

Nazwa ubezpieczenia	<input type="text"/>																											
Nr Polisy (Nr umowy pożyczki, Nr karty kredytowej której dotyczy umowa ubezpieczenia)	<input type="text"/>																											
Imiona	<input type="text"/>	Nazwisko <input type="text"/>																										
Data urodzenia	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	PESEL (w przypadku cudzoziemców należy wpisać numer paszportu) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
D	D	M	M	R	R	R	R																					

## Oświadczenia dotyczące Uposażonych uprawnionych do świadczenia ubezpieczeniowego (należy zaznaczyć „x” wybrane opcje przez Ubezpieczającego)

### Oświadczam, że:

- wyznaczam Bank Handlowy w Warszawie S.A. (Bank) jako Uposażonego do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku do wysokości mojego zadłużenia na Karcie kredytowej na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego lub do wysokości mojego zadłużenia z tytułu umowy pożyczki na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłaty pożyczki oraz Uposażonych wskazanych poniżej w części Dane Uposażonego jako uprawnionych do pozostałej części świadczenia.
- dokonuję na rzecz Banku Cesji praw z umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń innych niż śmierć, a Bank oświadcza, że niniejszy przelew przyjmuje.
- niniejszym oświadczam, że odwołuję wcześniej złożoną dyspozycję przelewu na rzecz Banku praw do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ryzyk innych niż śmierć do wysokości salda zadłużenia z tytułu umowy pożyczki lub do wysokości miesięcznej raty w przypadku świadczeń wypłacanych okresowo, a Bank wyraża zgodę na taką zmianę.
- wyznaczam jako Uposażonego do całości wszystkich rodzajów świadczeń osobę/osoby wskazane poniżej w części Dane Uposażonego.

## Dane Uposażonego

### Uposażony 1

Imiona	<input type="text"/>	Nazwisko (w przypadku firmy – pełna nazwa)	<input type="text"/>																				
Data urodzenia (dd-mm-rrrr) (NIP firmy)	<input type="text"/>	PESEL (w przypadku cudzoziemców należy wpisać numer paszportu)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			Udział % w świadczeniu	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny, w przypadku firmy: siedziba	Ulica		Nr domu	Nr lokalu																			
	Miejscowość		Kod pocztowy																				

### Uposażony 2

Imiona	<input type="text"/>	Nazwisko (w przypadku firmy – pełna nazwa)	<input type="text"/>																				
Data urodzenia (dd-mm-rrrr) (NIP firmy)	<input type="text"/>	PESEL (w przypadku cudzoziemców należy wpisać numer paszportu)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			Udział % w świadczeniu	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny, w przypadku firmy: siedziba	Ulica		Nr domu	Nr lokalu																			
	Miejscowość		Kod pocztowy																				

### Uposażony 3

Imiona	<input type="text"/>	Nazwisko (w przypadku firmy – pełna nazwa)	<input type="text"/>																				
Data urodzenia (dd-mm-rrrr) (NIP firmy)	<input type="text"/>	PESEL (w przypadku cudzoziemców należy wpisać numer paszportu)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			Udział % w świadczeniu	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny, w przypadku firmy: siedziba	Ulica		Nr domu	Nr lokalu																			
	Miejscowość		Kod pocztowy																				

### Uposażony 4

Imiona	<input type="text"/>	Nazwisko (w przypadku firmy – pełna nazwa)	<input type="text"/>																				
Data urodzenia (dd-mm-rrrr) (NIP firmy)	<input type="text"/>	PESEL (w przypadku cudzoziemców należy wpisać numer paszportu)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			Udział % w świadczeniu	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny, w przypadku firmy: siedziba	Ulica		Nr domu	Nr lokalu																			
	Miejscowość		Kod pocztowy																				

Oświadczam, iż według mojej najlepszej wiedzy wszystkie dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą.  
Przyjmuję do wiadomości, że powyższa dyspozycja odwołuje uprzednio złożone.

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: Towarzystwo) i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie Towarzystwu i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Upoważniam także inny niż Towarzystwo zakład ubezpieczeń do udostępnienia Towarzystwu przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia Towarzystwu i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienia pozostają ważne po mojej śmierci.

Wypełnia Klient

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczającego  
zgodny ze wzorem podpisu  
posiadany przez bank

Wypełnia pracownik Agenta

\_\_\_\_\_

Data doręczenia Formularza do Agenta

\_\_\_\_\_

Podpis oraz imię i nazwisko pracownika Agenta