

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></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></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></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></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></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 MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji 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