

**OŚWIADCZENIE O ZMIANIE DANYCH DO UBEZPIECZENIA  
„Stabilne Zyski”**

|                                |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|
| <b>PESEL Ubezpieczonego:</b>   |  | <b>Data początku okresu ubezpieczenia:</b> |  |
| <b>seria i nr certyfikatu:</b> |  |  |  |

**proszę podać tylko te dane, które uległy zmianie**

**Nowe dane Ubezpieczonego:**

|   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| Imię  |  | Nazwisko                             |  |
| seria i nr dowodu osobistego  |  | seria i nr paszportu                 |  |
| PESEL   |  | Obywatelstwo                         |  |
| adres zameldowania - ulica i nr   |  |                                      |  |
| adres zameldowania – miejscowość  |  | adres zameldowania – kod pocztowy    |  |
| adres zameldowania - państwo  |  |                                      |  |
| adres korespondencyjny - ulica i nr   |  |                                      |  |
| adres korespondencyjny- miejscowość   |  | adres korespondencyjny- kod pocztowy |  |
| adres korespondencyjny - państwo  |  |                                      |  |
| nr telefonu   |  | adres e-mail                         |  |
| Numer rachunku bankowego wskazany przez Klienta/Ubezpieczonego: <sup>1</sup>                  |  |                                      |  |
| Imię i Nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Klienta/Ubezpieczonego |  |                                      |  |

**jeżeli zmiana dotyczy dodania kolejnych Uprawnionych, proszę podać dane wszystkich Uprawnionych określając nowy procentowy udział każdego ze wskazanych Uprawnionych**

**Nowe dane Uprawnionych:**

|   |  |  |                 |  |
|---|--|--|-----------------|--|
| 1 | Imię   |  | Nazwisko        |  |
|   | PESEL (seria i nr paszportu dla Obcokrajowców) |  | procent udziału |  |
|   | Obywatelstwo                                   |  |                 |  |
|   | adres  |  |                 |  |

<sup>1</sup> Numer rachunku bankowego, na który ma zostać przekazane świadczenie z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia lub inna kwota należna Ubezpieczonemu zgodnie z warunkami ubezpieczenia „Stabilne Zyski”

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000092396, o numerze REGON 932716961 i numerze NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 147 200 000 zł

|   |  |  |                 |  |
|---|--|--|-----------------|--|
| 2 | Imię   |  | Nazwisko        |  |
|   | PESEL (seria i nr paszportu dla Obcokrajowców) |  | procent udziału |  |
|   | Obywatelstwo                                   |  |                 |  |
|   | adres  |  |                 |  |
| 3 | Imię   |  | Nazwisko        |  |
|   | PESEL (seria i nr paszportu dla Obcokrajowców) |  | procent udziału |  |
|   | Obywatelstwo                                   |  |                 |  |
|   | adres  |  |                 |  |
| 4 | Imię   |  | Nazwisko        |  |
|   | PESEL (seria i nr paszportu dla Obcokrajowców) |  | procent udziału |  |
|   | Obywatelstwo                                   |  |                 |  |
|   | adres  |  |                 |  |

.....  
data i podpis Ubezpieczonego

**Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:**

Stwierdza się zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela  
Ubezpieczającego