

Po zalogowaniu do portalu e-klient na stronie www.metlife.pl i następnie identyfikacji numerem PIN można uzyskać informacje o polisie, jak również dokonać aktualizacji danych teleadresowych.



Nr Umowy

1. Ubezpieczający

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól w pkt 1 oraz zapoznanie się z treścią oświadczeń znajdujących się na drugiej stronie wniosku w pkt 10.

Nazwisko i imię / Nazwa

Numer kierunkowy kraju Telefon kontaktowy E-mail

A) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną

PESEL Miejscowość urodzenia Kraj urodzenia

Obywatelstwo polskie inne (jaki?) 1. 2.

Kraj rezydencji podatkowej* Polska inny (jaki?) 1. 2.

* Przez kraj rezydencji podatkowej należy rozumieć kraj, w którym podlega się opodatkowaniu od całości dochodów zgodnie z przepisami prawa wewnętrznego tego kraju, ze względu na miejsce zamieszkania lub inne kryterium o podobnym charakterze.

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Aktualny adres zamieszkania

Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

B) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej

Kraj rejestracji podmiotu gospodarczego Forma prawna KRS / REGON

Kraj prowadzenia działalności podmiotu gospodarczego Polska inny (jaki?) 1. 2.

Kraj rezydencji podatkowej Polska inny (jaki?) 1. 2.

Dane osób reprezentujących

Nazwisko i imię PESEL

Nazwisko i imię PESEL

2. Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL Seria i numer dowodu osobistego / paszportu Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Telefon kontaktowy E-mail

3. Zmiana danych

A) Zmiana adresu

Dotyczy wszystkich polis Ubezpieczającego Ubezpieczonego

Nowy adres korespondencyjny / Nowy adres siedziby

Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

B) Zmiana nazwiska / nazwy Ubezpieczającego Ubezpieczonego

Nowe nazwisko*/nazwa Ubezpieczającego będącego osobą prawną

* Prosimy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego zmianę, np. kopię dowodu osobistego, kopię aktu małżeństwa.

4. Zmiana osób Uposażonych (wypełnia osoba wskazana poniżej)

Podanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z unieważnieniem Uposażonych wskazanych uprzednio.

Nazwisko i imię osoby wyznaczającej Uposażonych

a. Uposażeni na wypadek śmierci wyznaczeni przez: Ubezpieczonego Współubezpieczonego Małżonka / Partnera Ubezpieczającego

Nazwisko i imię Uposażonego	Data urodzenia	PESEL	Udział %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

Suma udziałów: 100%

O ile nie ustalono inaczej, świadczenia zostaną podzielone w równych częściach pomiędzy Uposażonych, którzy pozostaną przy życiu po śmierci odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka / Partnera, Ubezpieczającego.

b. Uposażeni na wypadek śmierci wyznaczeni przez: Ubezpieczonego

Nowe nazwisko*/nazwa Uposażonego głównego

Nazwisko i imię Uposażonego głównego	Data urodzenia	PESEL	Udział %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100 %

W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone pozostającemu przy życiu Uposażonemu głównemu, a w przypadku jego braku Uposażonemu dodatkowemu.

Nazwisko i imię Uposażonego dodatkowego	Data urodzenia	PESEL	Udział %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100 %

