

ZAŁĄCZNIK DO DEKLARACJI UCZESTNICTWA/ZMIANY

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WIELKIMI LITERAMI

| | |
|--------------|-------------------------------------|
| | Pieczęć firmowa Ubezpieczającego |
| Numer polisy | |

1. Dane Ubezpieczonego

| | |
|----------|--|
| Imię | |
| Nazwisko | |
| PESEL | |

2. Dyspozycja podziału składki funduszowej */**

| Lp. | Nazwa funduszy | Kod funduszy | % udziału | | Lp. | Nazwa funduszy | Kod funduszy | % udziału | |
|-----|----------------|--------------|--------------------|------------------------------|-----|----------------|--------------|--------------------|------------------------------|
| | | | Składka funduszowa | Dodatkowa składka funduszowa | | | | Składka funduszowa | Dodatkowa składka funduszowa |
| 1 | | | | | 6 | | | | |
| 2 | | | | | 7 | | | | |
| 3 | | | | | 8 | | | | |
| 4 | | | | | 9 | | | | |
| 5 | | | | | 10 | | | | |
| | | | | | | | Razem: | 100% | 100% |

* – wypełnić w przypadku opłacania składki funduszowej

** – stała dyspozycja inwestowania składki funduszowej

Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia kwot na zapłatę składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz przekazywanie ich na konto TUnŻ „WARTA” S.A.*

* – zaznaczyć w przypadku opłacania części lub całości składki z wynagrodzenia Ubezpieczonego

miejsowość, data

czytelny podpis Ubezpieczonego