

Instrukcja wypełniania Formularza Zmiany Danych

- 1) Formularz powinien być wypełniony kolorem czarnym, czytelnie, drukowanymi literami. Każda litera i znak muszą być wpisane do oddzielnych pól.
- 2) Dokonywanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być pod rygorem nieważności poświadczone podpisem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Oszczędzającego, zgodnym z podpisem wzorcowym, złożonym obok dokonanej poprawki.
- 3) Wyrazy kilkuczłonowe (np. nazwisko) powinno oddzielać jedno pole puste lub zawierające znak „-”.
- 4) Numer telefonu należy poprzedzić numerem kierunkowym.

DANE IDENTYFIKUJĄCE**UBEZPIECZAJĄCEGO** **UBEZPIECZONEGO** **OSZCZĘDZAJĄCEGO** (proszę zaznaczyć odpowiednie pole znakiem „X”)

1. Imię
2. Nazwisko
3. Firma/Nazwa Ubezpieczającego (proszę wypełnić, jeśli Ubezpieczającym jest podmiot inny niż osoba fizyczna)
4. PESEL /Nr dokumentu tożsamości*/REGON
5. Numer Polisy/Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia/Certyfikatu Ubezpieczenia

ZMIANA NAZWISKA/NAZWY

6. Nazwisko/Nazwa (proszę dołączyć kopię dokumentów potwierdzających dokonanie zmiany. W razie zmiany nazwiska proszę zapoznać się z uwagą na końcu formularza)

ZMIANA NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

7. Nazwa dokumentu tożsamości (wybierz właściwy)
- DOWÓD OSOBISTY**
- KARTA POBYTU**
- PASZPORT**
8. Seria i nr dokumentu tożsamości
9. Kod kraju (jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)

ZMIANA NR TELEFONU/E-MAIL (proszę wpisać nowy nr telefonu kontaktowego oraz/lub nowy adres e-mail)

10. Telefon stacjonarny
11. Telefon komórkowy
12. E-mail

ZMIANA ADRESU KORESPONDENCYJNEGO (proszę wpisać nowy adres korespondencyjny)

13. Ulica
14. Numer domu
15. Numer lokalu
16. Kod pocztowy
17. Kraj
18. Miejscowość

*Numer dokumentu tożsamości proszę uzupełnić wyłącznie w przypadku osoby fizycznej nieposiadającej obywatelstwa polskiego i numeru PESEL

ZMIANA ADRESU ZAMIESZKANIA (proszę wpisać nowy adres zamieszkania)

19. Ulica

.....

20. Numer domu

.....

21. Numer lokalu

.....

22. Kod pocztowy

.. -

23. Kraj

.....

24. Miejscowość

.....

ZMIANA DANYCH OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA UBEZPIECZAJĄCEGO PRZY WYKONYWANIU UMOWY UBEZPIECZENIA

Dotyczy tylko produktów, gdzie Ubezpieczającym jest podmiot inny niż osoba fizyczna

25. Imię

.....

26. Nazwisko

.....

27. PESEL

.....

28. Numer telefonu służbowego

.....

29. Numer faksu

.....

30. Stanowisko

.....

31. E-mail

.....

ZMIANA NR RACHUNKU BANKOWEGO UBEZPIECZONEGO

Dotyczy tylko PIN Aegon Rentier, Gwarantowany Program Emerytalny Plus

32. Imię Ubezpieczonego

.....

33. Nazwisko Ubezpieczonego

.....

34. Nazwa Banku

.....

35. Nr rachunku bankowego

..

ZMIANA INNYCH DANYCH

.....

UWAGA: W przypadku zmiany nazwiska prosimy o złożenie dotychczasowego podpisu i nowego podpisu wzorcowego w rubrykach 37 i 38.

36. Data (dd-mm-rrrr)

.. - .. -

37. Własnoręczny podpis Ubezpieczającego/
Ubezpieczonego/Oszczędzającego

.....
(zgodny z podpisem wzorcowym)

38. NOWY własnoręczny podpis Ubezpieczającego/
Ubezpieczonego/Oszczędzającego –
podpis ten będzie używany jako wzorcowy
do celów umowy ubezpieczenia

.....
(własnoręczny podpis zawierający imię i nazwisko)

UWAGA:

W przypadku ustanowienia nowej osoby do reprezentowania Ubezpieczającego prosimy o złożenie nowego podpisu wzorcowego przez osobę wskazaną w pkt. 25-31 oraz dołączenie kopii dokumentu tożsamości.

39. Data (dd-mm-rrrr)

.. - .. -

.....
(własnoręczny podpis zawierający imię i nazwisko)