

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

Numer polisy/
certyfikatu

Nazwa
ubezpieczenia

1. DOTYCHCZASOWE DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO

Zmiany dotyczą Ubezpieczony Ubezpieczający

(w przypadku gdy zmiana dotyczy Ubezpiezonego i Ubezpieczającego należy wypełnić dwa oddzielne Formularze)

Imię Nazwisko

PESEL Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

Adres zamieszkania

Kraj Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu Kod kraju (w przypadku podania paszportu)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Miejsce urodzenia Obywatelstwo

2. ZMIANA IMIENIA/ NAZWISKA (prosimy o dołączenie kopii dokumentu tożsamości lub aktu małżeństwa)

Poprzednie imię i nazwisko

Obecne imię i nazwisko

Data zmiany

3. ZMIANA DANYCH ADRESOWYCH

Adres zamieszkania

Kraj Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Adres do korespondencji

Kraj Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

4. AKTUALIZACJA NUMERU TELEFONU I ADRESU E-MAIL

Nr tel. komórkowego Nr tel. stacjonarnego (z numerem kierunkowym)

Adres e-mail prywatny służbowy

(rekomendujemy podanie adresu do osobistej skrzynki e-mail)

5. ZMIANA/WSKAZANIE UPOSAŻONYCH (podanie przez Ubezpiezonego Uposażonych oznacza, że będą oni jedynymi uprawnionymi do świadczenia w przypadku zgonu Ubezpiezonego. Dane podane poniżej anulują poprzednie wskazania Uposażonych)

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym	Udział w świadczeniu %
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

