

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB GRANATOWYM DŁUGOPISEM

Numer polisy

1. Dotychczasowe dane Ubezpieczającego

Imię		PESEL	
Nazwisko/Nazwa		REGON	

2. Dotychczasowe dane Ubezpiezonego

Imię		PESEL	
Nazwisko			

3. Rodzaj zmiany

a) ☐ nazwiska	i) ☐ zmiana wysokości składki ubezpieczeniowej
b) ☐ adresu, numeru telefonu	j) ☐ zmiana wysokości sumy ubezpieczenia
c) ☐ numeru dowodu osobistego	k) ☐ zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych
d) ☐ częstotliwości opłacania składki	l) ☐ przekształcenie w umowę bezskładową
e) ☐ Uposażonego	m) ☐ wypowiedzenie umowy ubezpieczenia (rezygnacja z polisy)
f) ☐ wypowiedzenia umowy dodatkowej	n) ☐ rezygnacja z wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
g) ☐ rozszerzenia zakresu o umowę dodatkową (wymagana ankieta medyczna)	o) ☐ wznowienie umowy ubezpieczenia rozwiązanej na skutek nieopłacania składek
h) ☐ E-mail	

4. Szczegółowe dane dotyczące zmiany

a)

aktualne nazwisko Ubezpiezonego	aktualne nazwisko Ubezpieczającego
---------------------------------	------------------------------------

b)

adres stałego zameldowania ulica, nr domu, nr lokalu	adres do korespondencji ulica, nr domu, nr lokalu
kod pocztowy	kod pocztowy
nr telefonu	nr telefonu

c)

aktualny numer dowodu osobistego

d)

nowa częstotliwość opłacania składki

e)

Uposażony po zmianie (dane firmy)	☐ główny ☐ zastępczy % świadczenia
REGON	dodatkowe informacje
Uposażony po zmianie	☐ główny ☐ zastępczy % świadczenia
data urodzenia Uposażonego	dodatkowe informacje
Uposażony po zmianie	☐ główny ☐ zastępczy % świadczenia
data urodzenia Uposażonego	dodatkowe informacje

f)

nazwa umowy dodatkowej

g)

nazwa umowy dodatkowej

h)

zmiana wysokości składki od daty	nowa wysokość składki
----------------------------------	-----------------------

i)

zmiana wysokości sumy ubezpieczenia od daty

1) ☐ podwyższenie sumy ubezpieczenia z powodu: ☐ zawarcie związku małżeńskiego ☐ urodzenia dziecka/przypodobienia dziecka ☐ inne:

2) ☐ obniżenie sumy ubezpieczenia:

n)

Oświadczam, że nie uległy zmianie informacje zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, oraz innych dokumentach na podstawie których została zawarta ww. umowa ubezpieczenia.

Data i podpis Ubezpieczającego*

Data i podpis Ubezpieczonego*

* – podpis zgodny ze wzorem podpisu w dotychczasowej dokumentacji

Ja niżej podpisany składając własnoręczny podpis potwierdzam, że Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony podpisał niniejszy dokument osobiście, w mojej obecności, w dniu

Osoba przyjmująca wniosek/Agent

Data przyjęcia dokumentu