

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WIELKIMI LITERAMI

Numer polisy

Dotychczasowe dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Zmiana nazwiska Ubezpieczonego **/**

Zmiana nazwiska Małżonka Ubezpieczonego **/**

Imię

Nazwisko

PESEL*

Zmiana adresu Ubezpieczonego **

Zmiana adresu Małżonka Ubezpieczonego **

Adres do korespondencji / zameldowania (niepotrzebne skreślić)

Ulica nr domu nr lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

E-mail

Zmiana Uposażonych

Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako Uposażonych następujące osoby:

Lp.	Nazwisko i imię/nazwa	PESEL/REGON	Adres/siedziba	% świadczenia
1				
2				
3				
4				
5				
				Łącznie 100%

* – Dotyczy małżonka.

** – Wypełnić w przypadku, kiedy zaszły zmiany w stosunku do poprzednich danych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego lub operacji chirurgicznych lub poważnego zachorowania lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.

*** – W przypadku zmiany nazwiska prosimy dołączyć ksero odpisu aktu małżeństwa albo ksero odpowiedniej strony dowodu osobistego.

HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA dokona zmiany danych pierwszego dnia roboczego następującego po dniu doręczenia wniosku.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Ubezpieczonego