

FORMULARZ ZMIAN

Grupowe Ubezpieczenie na Życie

Numer Deklaracji zgody:	
Ubezpieczający:	

Dane Ubezpieczonego

Imiona:	
Nazwisko:	
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)	PESEL:

Zmiana danych osobowych (nowe dane)

Imiona:	
Nazwisko:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:	Obywatelstwo:

Zmiana adresu zamieszkania (nowe dane)

Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:

Zmiana adresu do korespondencji (nowe dane)

Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:
Telefon kontaktowy:	e-mail:

Zmiana Uposażonych (nowe dane)

- Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i nie wyznaczam Uposażonych.
- Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam, jako Uposażonych następujące osoby:

1. Dane Uposażonego:

Imiona:	
Nazwisko/ Nazwa:	
PESEL albo data urodzenia/ REGON:	Stopień pokrewieństwa:
Udział w świadczeniu:	%

Adres do korespondencji

Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:

2. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	
Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Kraj:	
3. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	
Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Kraj:	
4. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	
Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Kraj:	
Zmiana Partnera (nowe dane)			
<input type="checkbox"/> Niniejszym unieważniam swoją poprzednią dyspozycję dotyczącą wskazania Partnera i jednocześnie dokonuję zmiany danych dotyczących Partnera na:			
DANE PARTNERA:			
<i>Podanie danych Partnera (tj. osoby spełniającej warunki definicji określonej w odpowiednich Warunkach Ubezpieczeń Dodatkowych) jest niezbędne do uzyskania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Partnerem, przysługującego na podstawie odpowiednich Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych (pod warunkiem wybrania Wariantu Ubezpieczeniowego, który te Świadczenia ubezpieczeniowe obejmuje).</i>			
Imiona:		Nazwisko:	
PESEL albo data urodzenia (dd/mm/rrrr):			
Zmiana Partnera obowiązuje od dnia określonego w Warunkach Ubezpieczenia.			

Zmiana Wariantu Podstawowego (nowe dane)

Niniejszym unieważniam swoją poprzednią dyspozycję dotyczącą Wariantu Podstawowego i jednocześnie dokonuje zmiany Wariantu na:

Wybrany Wariant
Podstawowy:

Wariant Nr:

**Nowa wysokość
składki:**

Zmiana Wariantu Podstawowego i wysokości składki obowiązuje od dnia określonego w Warunkach Ubezpieczenia.

Zmiana Wariantu Dodatkowego (nowe dane)

Niniejszym unieważniam swoją poprzednią dyspozycję dotyczącą Wariantu Dodatkowego i jednocześnie dokonuje zmiany Wariantu na:

Wariant Dodatkowy 1		Wariant Dodatkowy 2	Wariant Dodatkowy 3	Wariant Dodatkowy Extra Ochrona		Wariant dodatkowy dziecko	
Małżonek/ Partner <input type="checkbox"/>	Dorośle Dziecko <input type="checkbox"/>	Niepełnoletnie dziecko <input type="checkbox"/>	Rodzic <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Liczba:		Liczba:		Liczba:			
Nowa wysokość składki:							

Zmiana Wariantu Dodatkowego i wysokości składki obowiązuje od dnia określonego w Warunkach Ubezpieczenia.

Miejscowość i data złożenia dyspozycji (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

Potwierdzenie przyjęcia dyspozycji.

Potwierdzenie zgodności Ubezpieczonego z dokumentem tożsamości.

Imię i nazwisko osoby uprawnionej

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej