

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) <input type="checkbox"/> nazwiska	i) <input type="checkbox"/> zmiana wysokości składki ubezpieczeniowej
b) <input type="checkbox"/> adresu, numeru telefonu	j) <input type="checkbox"/> zmiana wysokości sumy ubezpieczenia
c) <input type="checkbox"/> numeru dowodu osobistego	k) <input type="checkbox"/> zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych
d) <input type="checkbox"/> częstotliwości opłacania składki	l) <input type="checkbox"/> przekształcenie w umowę bezskładkową
e) <input type="checkbox"/> Uposażonego	m) <input type="checkbox"/> wypowiedzenie umowy ubezpieczenia (rezygnacja z polisy)
f) <input type="checkbox"/> wypowiedzenia umowy dodatkowej	n) <input type="checkbox"/> rezygnacja z wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
g) <input type="checkbox"/> rozszerzenia zakresu o umowę dodatkową (wymagana ankieta medyczna)	o) <input type="checkbox"/> wznowienie umowy ubezpieczenia rozwiązanej na skutek nieopłacania składek
h) <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_  
 nr telefonu \_\_\_\_\_ nr telefonu \_\_\_\_\_

c) aktualny numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_ d) nowa częstotliwość opłacania składki: \_\_\_\_\_

e) Uposażony po zmianie: \_\_\_\_\_  główny  zastępczy % świadczenia \_\_\_\_\_  
 data urodzenia Uposażonego: R | R | R | R | M | M | D | D \_\_\_\_\_ dodatkowe informacje: \_\_\_\_\_  
 Uposażony po zmianie: \_\_\_\_\_  główny  zastępczy % świadczenia \_\_\_\_\_  
 data urodzenia Uposażonego: R | R | R | R | M | M | D | D \_\_\_\_\_ dodatkowe informacje: \_\_\_\_\_

f) nazwa umowy dodatkowej: \_\_\_\_\_

g) nazwa umowy dodatkowej: \_\_\_\_\_

h) zmiana wysokości składki od daty: R | R | R | R | M | M | D | D \_\_\_\_\_ nowa wysokość składki: \_\_\_\_\_ zł

i) zmiana wysokości sumy ubezpieczenia od daty: R | R | R | R | M | M | D | D \_\_\_\_\_

1)  podwyższenie sumy ubezpieczenia z powodu:  zawarcie związku małżeńskiego  urodzenia dziecka/przysposobienia dziecka  inne: \_\_\_\_\_ zł

2)  obniżenie sumy ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

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 Ubezpiezonego\*

-----  
Data i podpis Agenta

\* – podpis zgodny ze wzorem podpisu w dotychczasowej dokumentacji