

# Formularz aktualizacji danych

Numer polisy

D D M M R R R R

Data zmiany

## I. DANE OSOBY

Ubezpieczający

Ubezpieczony

Imię i nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON

Adres zamieszkania

Telefon

E-mail

## II. ZAKRES ZMIAN

### II.1. Zmiana imienia/nazwiska na:

Imię/imiona

Nazwisko

### II.2. Zmiana danych adresowych/kontaktowych na: (adres do korespondencji/stały)

Adres do korespondencji

Adres stały

Telefon

E-mail

### II.3. Zmiana dowodu tożsamości:

Nr dowodu tożsamości

D D M M R R R R

Termin ważności

Organ wydający dokument tożsamości

### II.4. Zmiana Uposażonych na:

Uposażony

główny

zastępczy

Imię i nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie (% sumy ubezpieczenia)

Uposażony

główny

zastępczy

Imię i nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie (% sumy ubezpieczenia)

Uposażony

główny

zastępczy

Imię i nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie (% sumy ubezpieczenia)

Uposażony

główny

zastępczy

Imię i Nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie (% sumy ubezpieczenia)

\* należy wpisać właściwie: mąż, żona, syn, córka, ojciec, matka, brat, siostra, dalszy krewny, obcy

### III. OŚWIADCZENIA

---

Integralną częścią formularza jest załącznik - klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.

### IV. UWAGI

---

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczającego

Podpis Ubezpieczonego

Podpis i pieczęć Przedstawiciela Ubezpieczyciela