

WNIOSEK DOTYCZĄCY ZMIANY DANYCH LUB WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA NR: _____ - _____ - _____

1. DOTYCHCZASOWE DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZMIANY: (proszę wskazać kim jest osoba zgłaszająca zmiany)

UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY

a. Wypełnia osoba fizyczna:

Imię/imiiona: _____

Nazwisko: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____ PESEL: _____

b. Wypełnia osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

NAZWA FIRMY: _____

NIP: _____ REGON: _____

2. ZMIANA DANYCH: (proszę wskazać dane aktualne oraz osobę, której dotyczy zmiana)

UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY WSPÓLUBEZPIECZONY (małżonek, rodzic Ubezpieczonego, rodzic małżonka Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego)*

a. imię _____

b. nazwisko/nazwa* _____

c. dowód osobisty* _____ NIP* / REGON* _____

d. adres zameldowania/siedziby firmy* _____

e. adres do korespondencji _____

f. numer telefonu _____

g. numer rachunku bankowego _____

3. ZMIANA UPOSAŻONYCH: (proszę wskazać dane aktualne)

Imię/imiiona: _____

Nazwisko: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____ PESEL: _____

UDZIAŁ PROCENTOWY: _____ %

Imię/imiiona: _____

Nazwisko: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____ PESEL: _____

UDZIAŁ PROCENTOWY: _____ %

Imię/imiiona: _____

Nazwisko: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____ PESEL: _____

UDZIAŁ PROCENTOWY: _____ %

NAZWA FIRMY: _____

NIP: _____ REGON: _____

UDZIAŁ PROCENTOWY: _____ %

4. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA: (wniosek o zmianę warunków umowy może złożyć wyłącznie Ubezpieczający)

a. wysokość sumy ubezpieczenia _____ PLN

b. częstotliwość opłacania składki, zgodnie z zapisami OWU (miesięczna, kwartalna, półroczna, roczna, jednorazowa)*

c. Ubezpieczenie bezskładkowe (jeżeli przewidują OWU)

D D - M M - R R R R

Data podpisania wniosku

_____ podpis

Do wniosku o zmianę danych należy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego:

a. zmianę nazwiska (akt małżeństwa, dowód osobisty, orzeczenie sądu itp.) oraz dodatkowo prosimy osobę, która zmieniła nazwisko o złożenie poniżej nowego wzoru podpisu.

_____ podpis

b. zmianę nazwy lub osób reprezentujących firmę (dokument właściwego rejestru), w przypadku gdy zmiana dotyczy osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej oraz dodatkowo prosimy o złożenie podpisów przez osoby uprawnione do reprezentowania firmy.

_____ podpis

Niniejszy formularz należy przesłać na adres Centrali Towarzystwa w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

Powyższe zmiany będą obowiązywać od dnia wpływu wniosku do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

* niepotrzebne skreślić