



## Formularz Zmian

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

**A**

### Dane identyfikacyjne Ubezpieczającego/Pracodawcy

Nazwa zakładu pracy/piecątka zakładu pracy

**B**

### Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego/Pracownika

Nr polisy

Imię

Nazwisko

Pesel

Telefon kontaktowy

e-mail

**C**

### Szczegóły zmian

Zakres zmian na polisie – prosimy wybrać odpowiednie pole

**Zmiana adresu**

Adres po zmianie Ulica/Nr domu/Nr mieszkania

Kod

Miejscowość

**Zmiana Nazwiska**

Nazwisko po zmianie

**Zmiana Uposażonego/Uposażonych\***

Uposażeni po zmianie

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	PESEL lub data urodzenia				% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień		
<b>Razem</b>						<b>100%</b>

W przypadku, gdy Uposażony/ona jest cudzoziemcem, należy podać jego/jej:

Obywatelstwo

Nr paszportu lub serię i nr karty pobytu

**Zgłoszenie/zmiana Partnera życiowego Ubezpieczonego**

(Osoba niebędąca w formalnym związku małżeńskim z Ubezpieczonym, a pozostająca z nim we wspólnym pożyciu oraz prowadząca wspólne gospodarstwo domowe. Żadna z osób nie może pozostawać w formalnym związku małżeńskim, ani nie mogą być ze sobą spokrewnione).

Imiona

Nazwisko

Pesel

**Zmiana numeru konta bankowego**

**Inne zmiany (np. tel., e-mail)**

\* W razie braku miejsca prosimy o umieszczenie kolejnych danych na kartce, podpisać i podpiąć kartkę.

**D**

Miejscowość, data

Czytelny podpis Ubezpieczonego