

OŚWIADCZENIE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH DO UBEZPIECZENIA

NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „TWOJA OCHRONA”

Seria i numer polisy:	
------------------------------	--

UBEZPIECZAJĄCY			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Obywatelstwo	
Płeć		Nazwisko panięskie matki	
Adres e-mail			
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
UBEZPIECZAJĄCY			
Nazwa przedsiębiorstwa		KRS lub nr wpisu do ewidencji przedsiębiorstwa	
REGON przedsiębiorstwa		NIP przedsiębiorstwa	
Adres e-mail			
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres siedziby przedsiębiorstwa			
Adres do korespondencji przedsiębiorstwa			
UBEZPIECZONY GŁÓWNY			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Adres e-mail	
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
PARTNER			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Adres e-mail	
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 1			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	
PESEL (data urodzenia dla			

obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 2			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 3			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			

(data, miejscowość)

(podpis Ubezpieczającego)

(data, miejscowość)

(podpis Ubezpieczonego Głównego)

(data, miejscowość)

(podpis Partnera)

UPRAWNIENI

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

Wskazuję niżej wymienione osoby jako uprawnione do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu mojego Zgonu, z zastrzeżeniem zapisów OWU:

DANE UPRAWNIONYCH WSKAZANYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO:				
1	Imię/Imiona		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			
2	Imię/Imiona		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			
3	Imię/Imiona		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			
4	Imię/Imiona		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			

(data, miejscowość)

(podpis Ubezpieczonego Głównego)

OŚWIADCZENIE PARTNERA

Wskazuję niżej wymienione osoby jako uprawnione do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu mojego Zgonu, z zastrzeżeniem zapisów OWU:

DANE UPRAWNIONYCH WSKAZANYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO 2:			
1	Imię/Imiona		Nazwisko
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału
	Adres		
2	Imię/Imiona		Nazwisko
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału
	Adres		
3	Imię/Imiona		Nazwisko
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału
	Adres		
4	Imię/Imiona		Nazwisko
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału
	Adres		

(data, miejscowość)

(podpis Partnera)