

## Formularz zmian dla Ubezpieczonego – Pracownika

Uwaga! Poniższy formularz prosimy wypełniać drukowanymi literami.

Pieczęć zakładu pracy

Nr polisy grupowej/Nr polisy indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie

Nr certyfikatu/Kod Ubezpieczonego

**Dotychczasowe dane** Wypełnia Ubezpieczony – Pracownik. Prosimy o podanie wszystkich danych.

Nazwisko

Imię (imiona)

Adres stałego zamieszkania (ulica, numer domu)

Kod pocztowy

 - 

Miejscowość

Adres do korespondencji – jeżeli jest inny niż adres stałego zamieszkania (ulica, numer domu)

Kod pocztowy

 - 

Miejscowość

**Dane po zmianie** Wypełnia Ubezpieczony - Pracownik. Prosimy o podanie tylko tych danych, które uległy zmianie.

Nazwisko

Imię (imiona)

Adres stałego zamieszkania (ulica, numer domu)

Kod pocztowy

 - 

Miejscowość

Adres do korespondencji – jeżeli jest inny niż adres stałego zamieszkania (ulica, numer domu)

Kod pocztowy

 - 

Miejscowość

**Uposażeni po zmianie**

Uwaga: Podanie Uposażonych oznacza, że jedynymi Uposażonymi w przypadku zgonu Ubezpieczonego będą tylko i wyłącznie osoby wskazane w tej tabeli (dane zawarte w poniższej tabeli anulują poprzednie wskazania Uposażonych).

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia dzień/m-c/rok	% świadczenia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Oświadczam, że znane są mi konsekwencje zmiany Uposażonych wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia, będących podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia.

Data, podpis Ubezpieczonego

Data, imię i nazwisko oraz podpis Agenta