



WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH

Ubezpieczenie "Plan na życie"

Instrukcja postępowania:

1. W rubryce "Rodzaj zmiany" należy zaznaczyć wnioskowaną zmianę, a następnie w części "Aktualizacja" wpisać nowe dane.
2. W części "Aktualizacja" należy wpisać tylko te dane, które uległy zmianie.
3. Wypełniony wniosek należy przestać na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9.00 do 17.00 pod numerem telefonu +48 22 529 17 96.

Rodzaj zmiany

- zmiana danych osobowych Ubezpieczającego/Ubezpieczonego
- zmiana osób uposażonych

Dane ubezpieczeniowe

Numer polisy	
--------------	--

Aktualizacja

Imię	
Nazwisko	
Obywatelstwo	
PESEL	
Data urodzenia	
Płeć	
Rodzaj dokumentu tożsamości	
Nr dokumentu tożsamości	

Adres zamieszkania

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Adres korespondencyjny

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Dane kontaktowe

Telefon	
E-mail	

Nowe dane Uposażonych

Unieważniam wszystkie moje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako Uposażonych następujące osoby:

Uposażony 1

Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
*Udział [%]			
Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	
Telefon			
E-mail			

Uposażony 2

Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
*Udział [%]			
Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	
Telefon			
E-mail			

Uposażony 3

Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
*Udział [%]			
Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	
Telefon			
E-mail			

* Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpiezonego.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpiezonego