



### Instrukcja postępowania

Prosimy o zapoznanie się z poniższą instrukcją.

1. Niniejszy wniosek należy wypełnić w przypadku chęci dokonania zmiany danych osobowych w umowie ubezpieczenia indywidualnego.
2. Na jednym formularzu możliwa jest zmiana danych jednej osoby (Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego).
3. W bloku „Rodzaj zmiany” należy znakiem „X” zaznaczyć wnioskowaną zmianę lub zmiany, następnie w bloku „Aktualizacja” należy zaznaczyć szczegóły dotyczące zmiany.
4. W bloku „Aktualizacja” należy wypełnić tylko te dane, które uległy zmianie.
5. Wypełniony wniosek należy przesłać pod adres email: [obsługa@cardif.pl](mailto:obsługa@cardif.pl) lub pocztą pod 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<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup> pod numerem telefonu: 801 801 111 lub 22 319 0000.

### Dane Ubezpieczeniowe

Numer polisy

Ubezpieczenie:

Terminowe

Terminowe PROTEKTOR

Posagowe

z Funduszem

Inwestycyjne

IKE

### Rodzaj Zmian

Należy zaznaczyć odpowiednią opcję:

Zmiana danych osobowych Ubezpieczającego

Zmiana danych osobowych Ubezpieczonego

Zmiana osób uposażonych (*wskazuje Ubezpieczony*)

### Dotychczasowe Dane

Imię i Nazwisko / Nazwa instytucji \_\_\_\_\_

PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Seria i nr paszportu \*

E-mail \_\_\_\_\_

\* dotyczy cudzoziemców

**Adres zameldowania / Adres siedziby instytucji:**

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr lok. \_\_\_\_\_

Kod pocztowy

Miejscowość \_\_\_\_\_

**Adres korespondencyjny:**

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr lok. \_\_\_\_\_

Skrytka Poczтовая nr \_\_\_\_\_

Kod pocztowy

Miejscowość \_\_\_\_\_

## Aktualizacja

### Dane identyfikacyjne:

Imię i Nazwisko / Nazwa instytucji \_\_\_\_\_

PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Seria i nr paszportu \*

E-mail \_\_\_\_\_

\* dotyczy cudzoziemców

### Adres zameldowania / Adres siedziby instytucji:

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr lok. \_\_\_\_\_

Kod pocztowy

Miejscowość \_\_\_\_\_

### Adres korespondencyjny:

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr lok. \_\_\_\_\_

Skrytka Poczтовая nr \_\_\_\_\_

Kod pocztowy

Miejscowość \_\_\_\_\_

### Uposażeni:

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

1. Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Numer telefonu \_\_\_\_\_

Data urodzenia

Procent świadczenia \*

Adres \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

2. Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Numer telefonu \_\_\_\_\_

Data urodzenia

Procent świadczenia \*

Adres \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

3. Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Numer telefonu \_\_\_\_\_

Data urodzenia

Procent świadczenia \*

Adres \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

\* Wysokości udziałów procentowych należy podawać w pełnych procentach. Suma udziałów procentowych musi wynosić 100%. W przypadku, gdy wskazania procentowe nie sumują się do 100% uznaje się, że podział następuje w sposób proporcjonalny (w równych częściach).

Rezygnacja z blankietów wpłat:  Rezygnuję z otrzymywania blankietów wpłat.

## Podpisy

Data podpisania \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczonego \_\_\_\_\_