



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 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 9⁰⁰ do 17⁰⁰ 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 _____