

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WIELKIMI LITERAMI

Numer polisy

Dotychczasowe dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Zmiana nazwiska Ubezpieczonego **/***

Zmiana nazwiska Małżonka Ubezpieczonego **/***

Imię

Nazwisko

PESEL

Zmiana adresu Ubezpieczonego **

Zmiana adresu Małżonka Ubezpieczonego **

Adres do korespondencji / zameldowania (niepotrzebne skreślić)

Ulica nr domu nr lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

E-mail nr telefonu kontaktowego

Zmiana Uposażonych

Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako Uposażonych następujące osoby:

Lp.	Nazwisko i imię/nazwa	PESEL/REGON	Adres/siedziba	% świadczenia
1				
2				
3				
4				
5				
				Łącznie 100%

* - Dotyczy małżonka.

** - Wypełnić w przypadku, kiedy zaszły zmiany w stosunku do poprzednich danych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego lub operacji chirurgicznych lub poważnego zachorowania lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.

***- W przypadku zmiany nazwiska prosimy dołączyć ksero odpisu aktu małżeństwa albo ksero odpowiedniej strony dowodu osobistego.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. dokona zmiany danych pierwszego dnia roboczego następującego po dniu doręczenia wniosku.

miejscowość, data

czytelny podpis Ubezpieczonego