

DYSPOZYCJA ZMIAN NIEFINANSOWYCH

„Kredyt z ochroną”

Nr Deklaracji zgody:	
Kod Warunków Ubezpieczenia:	GB_OGOJ110
Ubezpieczający:	ProEkspert Sp. z o.o.

Dane dotyczące Ubezpieczonego			
Imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia (dd/mm/rrrr):		PESEL:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:			

Zmiana danych osobowych (nowe dane)			
Imiona:			
Nazwisko:			
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:		Obywatelstwo:	

Zmiana adresu zamieszkania (nowe dane)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Kraj:	

Zmiana adresu do korespondencji (nowe dane)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	

Zmiana Uposażonych (nowe dane)			
☐ Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i nie wyznaczam Uposażonych.			
☐ Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam, jako Uposażonych następujące osoby:			

1. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	

Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Kraj:	

2. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	

Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Kraj:	
3. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	
Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Kraj:	
4. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	
Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Kraj:	
5. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:			
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Stopień pokrewieństwa:	
Udział w świadczeniu:		%	
Adres do korespondencji			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Kraj:	

.....

Miejscowość i data złożenia dyspozycji

.....

Podpis Ubezpieczonego

Potwierdzenie przyjęcia oświadczenia.

Potwierdzenie zgodności danych Ubezpieczonego z dokumentem tożsamości.

.....

Imię i nazwisko upoważnionego pracownika

.....

Podpis upoważnionego pracownika