

DYSPOZYCJA ZMIAN NIEFINANSOWYCH

„Program Ochronny Życia i Zdrowia – Wariant Standardowy”/ „Program Ochronny Życia – Wariant Senior”

Nr Deklaracji zgody:	
Kod Warunków Ubezpieczenia:	
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 Ubezpieczonego (nowe dane)	
Imiona:	
Nazwisko:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:	Obywatelstwo:

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

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

Zmiana danych kontaktowych Ubezpieczonego (nowe dane)	
Telefon stacjonarny:	Telefon komórkowy:
Adres e-mail:	

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

1. Dane Uprawnionego:

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 Uprawnionego:

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 Uprawnionego:			
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 Uprawnionego:			
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 Uprawnionego:			
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 przedstawiciela Ubezpieczającego

.....
Data i podpis przedstawiciela Ubezpieczającego