

DYSPOZYCJA ZMIAN NIEFINANSOWYCH

„Ubezpieczenie na przyszłość”

Nr Deklaracji zgody:	
Kod Warunków Ubezpieczenia:	GB_OGOJ111
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.

Potwierdzam własnoręczność złożenia podpisu i zgodność danych Ubezpieczonego z okazanym dokumentem tożsamości.

.....

Imię i nazwisko upoważnionego pracownika

.....

Podpis upoważnionego pracownika