Formularz Zmian

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A Dane identyfikacyjne Ubezpieczającego/Pracodawcy

Nazwa zakładu pracy/pieczątka zakładu pracy

B Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego/Pracownika

Nr polisy

Imię

Nazwisko

Pesel

Telefon kontaktowy

e-mail

C Szczegóły zmian

Zakres zmian na polisie – prosimy wybrać odpowiednie pole

☐ **Zmiana adresu**

Adres po zmianie Ulica/Nr domu/Nr mieszkania

Kod

Miejscowość

☐ **Zmiana Nazwiska**

Nazwisko po zmianie

☐ **Zmiana Uposażonego/Uposażonych***

Uposażeni po zmianie

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	PESEL lub data urodzenia			% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień	
				Razem	100%

W przypadku, gdy Uposażony/ona jest cudzoziemcem, należy podać jego/jej:

Obywatelstwo

Nr paszportu lub serię i nr karty pobytu

☐ **Zgłoszenie/zmiana Partnera życiowego Ubezpieczonego**

(Osoba niebędoąca w formalnym związku małżeńskim z Ubezpieczonym, a pozostająca z nim we wspólnym pożyciu oraz prowadząca wspólne gospodarstwo domowe. Żadna z osób nie może pozostawać w formalnym związku małżeńskim, ani nie mogą być ze sobą spokrewnione).

Imiona

Nazwisko

Pesel

☐ **Zmiana numeru konta bankowego**

☐ **Inne zmiany (np. tel., e-mail)**

* W razie braku miejsca prosimy o umieszczenie kolejnych danych na kartce, podpisać i podpiąć kartkę.

D

Miejscowość, data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., Al. Jerozolimskie 142B, 02–305 Warszawa; tel. 801 803 000; e-mail: zycie@interpolska.pl; Nr KRS 0000012649 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego; NIP: 547–17–53–546; Kapitał zakładowy wynosi 24,8 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony.