

Druk zmian | Grupowe ubezpieczenie na życie

DANE UBEZPIECZONEGO											
Nazwisko											
Imię						Data urodzenia					
						D	D	M	M	R	R
PESEL			Płeć		K	M	Obywatelstwo				
Nr polisy				Nr potwierdzenia przystąpienia do umowy ubezpieczenia							
DANE PRACODAWCY UBEZPIECZONEGO											
Nazwa											
Kraj						Miejscowość					
Kod pocztowy			-	Poczta							
Ulica						Numer domu			Numer lokalu		
Telefon stacjonarny				/	Telefon komórkowy				/	Fax	/

WNIOSKOWANE ZMIANY												
<input type="checkbox"/> I. Zmiana adresu i danych kontaktowych Ubezpieczonego												
PRZED ZMIANĄ	Kraj						Miejscowość					
	Kod pocztowy			-	Poczta							
	Ulica						Numer domu			Numer lokalu		
	E-mail											
	Telefon stacjonarny				/	Telefon komórkowy				/	Fax	/
PO ZMIANIE	Kraj						Miejscowość					
	Kod pocztowy			-	Poczta							
	Ulica						Numer domu			Numer lokalu		
	E-mail											
	Telefon stacjonarny				/	Telefon komórkowy				/	Fax	/

<input type="checkbox"/> II. Zmiana Beneficjentów																
Nowi Beneficjenci główni																
Lp.	Nazwisko i imię Beneficjenta						Data urodzenia			Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Procent				
1.							D	D	M	M	R	R	R	R		
2.							D	D	M	M	R	R	R	R		
3.							D	D	M	M	R	R	R	R		
4.							D	D	M	M	R	R	R	R		
5.							D	D	M	M	R	R	R	R		
											Suma 100%					

Nowi beneficjenci dodatkowi (wypłata beneficjentowi dodatkowemu świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego nastąpi tylko w przypadku, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją).																
Lp.	Nazwisko i imię Beneficjenta						Data urodzenia			Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Procent				
1.							D	D	M	M	R	R	R	R		
2.							D	D	M	M	R	R	R	R		
3.							D	D	M	M	R	R	R	R		
4.							D	D	M	M	R	R	R	R		
5.							D	D	M	M	R	R	R	R		
											Suma 100%					

