

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa:

Numer polisy:

2. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Numer potwierdzenia:

PROSIMY O ZAZNACZENIE POLA WYBORU PRZY RODZAJU ZMIANY JAKA MA ZOSTAĆ DOKONANA

1. Zmiana imienia/nazwiska Ubezpieczonego (wymagane jest dołączenie kopii dowodu tożsamości)

Data zmiany:

Imię/imiiona: Nazwisko:

2. Zmiana danych teleadresowych Ubezpieczonego

Data zmiany:

Adres do korespondencji:

tel: tel. kom: e-mail:

3. Zmiana danych Uposażonego

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %
1.	<input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>			
2.	<input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>			
3.	<input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>			
4.	<input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>			
5.	<input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>			
6.	<input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>			

4. Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

Data zawieszenia:

Planowana data wznowienia:

Powód zawieszenia: Odbywanie służby wojskowej Pobieranie renty rehabilitacyjnej lub czasowej Przebywanie na urlopie wychowawczym
 Inne

tel: tel. kom: e-mail:

5. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej

Data wznowienia:

3. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości w okresie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie MULTIOCHRONA obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
2. Upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali, do udzielenia SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia na żądanie SIGNAL IDUNA Życie TU S.A.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. a także przez inne spółki koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, zarówno obecnie jak i w przyszłości, moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, dla celów związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową oraz dla celów marketingowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zmianami). Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo do wglądu do moich danych oraz do ich poprawiania.

tak nie

Data

.....
Imię i nazwisko

.....
podpis Ubezpieczonego

Data

.....
Imię i nazwisko

.....
podpis osoby odpowiedzialnej
za obsługę ubezpieczenia