



WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH

Ubezpieczenie "Plan na zdrowie"

Instrukcja postępowania:

1. W rubryce "Rodzaj zmiany" należy zaznaczyć wnioskowaną zmianę.
2. W części "Aktualizacja danych osobowych" należy wpisać tylko te dane, które uległy zmianie.
3. W przypadku gdy Współubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek zmiany danych spoczywa na Ubezpieczającym.
4. Zmiana Umowy ubezpieczenia w zakresie Współubezpieczonego dokonywana jest zgodnie z art. 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia "Plan na zdrowie".
5. W części "Zmiana Współubezpieczonego" należy wpisać relację (Współmażonek, Partner, Dziecko) i wpisać dane nowego Współubezpieczonego. W przypadku dodawania do ubezpieczenia Dzieci należy podać dane wszystkich dzieci mogących być objętych ochroną zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia "Plan na zdrowie". Jeżeli liczba dzieci przekracza liczbę wskazaną we wniosku należy wypełnić kolejny wniosek o zmianę danych.
6. Wypełniony wniosek należy przesać na adres:

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9.00 do 17.00 pod numerem telefonu +48 22 529 17 96.

Rodzaj zmiany

- zmiana danych osobowych Ubezpieczającego/Ubezpieczonego
- zmiana danych osobowych Współubezpieczonego
- zmiana osób uposażonych
- zmiana Współubezpieczonego będącego Dzieckiem w ramach obecnego Pakietu/Wariantu ubezpieczenia
- zmiana Współubezpieczonego będącego Współmałżonkiem/Partnerem w ramach obecnego Pakietu/Wariantu ubezpieczenia

Dane ubezpieczeniowe

Numer polisy

Aktualizacja danych osobowych

Imię	
Nazwisko	
Obywatelstwo	
PESEL	
Data urodzenia	
Płeć*	
Rodzaj dokumentu tożsamości*	
Nr dokumentu tożsamości*	

Adres zamieszkania*

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Adres korespondencyjny*

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Dane kontaktowe*

Telefon	
E-mail	

Nowe dane Uposażonych**

Unieważniam wszystkie moje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako Uposażonych następujące osoby:

Uposażony 1

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Udział [%]***	

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Telefon	
E-mail	

Uposażony 2

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Udział [%]***	

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Telefon	
E-mail	

Uposażony 3

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Udział [%]***	

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Telefon	
E-mail	

Zmiana Współubezpieczonego

Współubezpieczony 1

Relacja		Obywatelstwo	
Imię		PESEL	
Nazwisko		Data urodzenia	

Współubezpieczony 2

Relacja		Obywatelstwo	
Imię		PESEL	
Nazwisko		Data urodzenia	

Współubezpieczony 3

Relacja		Obywatelstwo	
Imię		PESEL	
Nazwisko		Data urodzenia	

Współubezpieczony 4

Relacja		Obywatelstwo	
Imię		PESEL	
Nazwisko		Data urodzenia	

* Pole wymagane w przypadku zmiany danych Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

** Wskazuje Ubezpieczający/Ubezpieczony.

*** Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego