AVIVA

DEKLARACJA ZMIAN

DOTYCZY UBEZPIECZENIA DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH BANKU POCZTOWEGO S.A.

A. NUMER POLISY UBEZPIECZENIA /POLE WYMAGANE/

B. MOŻLIWOŚĆ ZMIAN /PROSIMY ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE/

ZMIANA DANYCH PERSONALNYCH

ZMIANA ADRESU

ZMIANA UPOSAŻONYCH

ZGŁOSZENIE PRZEJŚCIA NA EMERYTURĘ/RENTĘ

C. DANE DOTYCHCZASOWE

NAZWISKO

DATA URODZENIA d d m m r r r r

IMIĘ/IMIONA

PESEL /POLE WYNAGANE/

D. DANE PO ZMIANIE

NAZWISKO

DATA URODZENIA d d m m r r r r

IMIĘ/IMIONA

PESEL /POLE WYNAGANE/

NIP

DOWÓD OSOBISTY

PASZPORT

KARTA POBYTU

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI /POLE WYNAGANE/

E. ADRES KORESPONDENCYJNY

ULICA

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA, MIEJSCOWOŚĆ

F. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO /PROSIMY WSKAZAĆ DLA UŁATWIENIA ZWROTU SKŁADEK - POLE NIEWYMAGANE/

G. WNIOSEK O ZMIANĘ UPOSAŻONYCH

1. UPOSAŻENI

NAZWISKO

PŁEĆ (K/M) K M

DATA URODZENIA d d m m r r r r

UDZIAŁ W PROC.

IMIĘ

POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ /REGON/

NAZWISKO

PŁEĆ (K/M) K M

DATA URODZENIA d d m m r r r r

UDZIAŁ W PROC.

IMIĘ

POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ /REGON/

NAZWISKO

PŁEĆ (K/M) K M

DATA URODZENIA d d m m r r r r

UDZIAŁ W PROC.

IMIĘ

POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ /REGON/

SUMA 100%

2. UPOSAŻENI ZASTĘPCZY

NAZWISKO	PŁEĆ (K/M)	DATA URODZENIA	UDZIAŁ W PROC.
IMIĘ	POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/	/REGON/	
NAZWISKO	PŁEĆ (K/M)	DATA URODZENIA	UDZIAŁ W PROC.
IMIĘ	POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/	/REGON/	
			SUMA 100%

H. ZGŁOSZENIE PRZEJŚCIA NA EMERYTURĘ/RENTĘ

Oświadczam, iż z dniem

☐ na podstawie decyzji ZUS lub innego organu przyznano mi emeryturę (decyzja z dnia)

☐ na podstawie decyzji ZUS lub innego organu przyznano mi stałą rentę inwalidzką (decyzja z dnia)

☐ Potwierdzam, że jest mi wiadome, iż z ostatnim dniem miesiąca, w którym zostały przyznane mi uprawnienia emerytalne/ uprawnienia do renty stałej kończy się Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy świadczona w Ubezpieczenia na życie, na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Leczenia szpitalnego nieszczęśliwych wypadków Kredytobiorców kredytów hipotecznych Banku Pocztowego S.A.

☐ Potwierdzam, że jest mi wiadome, iż z ostatnim dniem miesiąca, w którym zostały przyznane mi uprawnienia emerytalne/ uprawnienia do renty stałej kończy się Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka Utraty pracy i uzyskania Statusu bezrobotnego świadczona w ramach Umowy Ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy i uzyskania Statusu bezrobotnego oraz Leczenia szpitalnego z następstw nieszczęśliwego wypadku Kredytobiorców Banku Pocztowego S.A.

PRAWDZIWOŚĆ POWYŻSZYCH INFORMACJI POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNYM PODPISEM

PODPIS OSOBY WNIOSKUJĄCEJ ZMIANY

DATA PODPISANIA

d d m m r r r r