

Deklaracja zmian

ubezpieczenia utraty pracy lub leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Poczтового S.A.

1. Seria i nr polisy

Wnioskujący o zmianę danych

2. Imię

3. Nazwisko

4. PESEL

Zmiana danych Ubezpieczonego (należy podać nowe dane)

5. Imię

6. Nazwisko

Adres zamieszkania Ubezpieczonego

7. Ulica

8. Nr domu / Lokal

9. Kod pocztowy

10. Miejscowość

11. Telefon komórkowy

12. Adres e-mail

Oświadczenia

13. Oświadczam, iż z dniem

14. na podstawie decyzji ZUS lub innego organu przyznano mi emeryturę decyzją z dnia

15. na podstawie decyzji ZUS lub innego organu przyznano mi rentę inwalidzką decyzją z dnia

16. Jestem świadoma/y, iż z ostatnim dniem miesiąca, w którym przyznano mi uprawnienia emerytalne lub do renty stałej, kończy się ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka utraty pracy w ramach Umowy ubezpieczenia w zakresie utraty pracy lub leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Poczтового S.A.

Zmiana danych Uprawnionego (należy podać nowe dane)

Nazwisko i imię/Nazwa	Data urodzenia lub PESEL (dotyczy osób fizycznych)/REGON	% świadczenia
	Razem	100%

17. Miejscowość

18. Data

19. Podpis Ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam, iż zmiany w zakresie danych osobowych dokonane zostały na podstawie dokumentów potwierdzających tożsamość osoby składającej wniosek.

20. Miejscowość

21. Data

22. Czytelny podpis Przedstawiciela Agenta działającego w imieniu Poczowego Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych

23. Stempel adresowy Placówki Agenta

Deklaracja zmian

ubezpieczenia na życie, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Pocztowego S.A.

24. Seria i nr polisy

Wnioskujący o zmianę danych

25. Imię

26. Nazwisko

27. PESEL

Zmiana danych Ubezpieczonego (należy podać nowe dane)

28. Imię

29. Nazwisko

Adres zamieszkania Ubezpieczonego

30. Ulica

31. Nr domu / Lokal

32. Kod pocztowy

33. Miejscowość

34. Telefon komórkowy

35. Adres e-mail

Oświadczenia

36. Oświadczam, iż z dniem / /

37. na podstawie decyzji ZUS lub innego organu przyznano mi emeryturę decyzją z dnia

38. na podstawie decyzji ZUS lub innego organu przyznano mi rentę inwalidzką decyzją z dnia

39. Jestem świadoma/y, iż z ostatnim dniem miesiąca, w którym przyznano mi uprawnienia emerytalne lub do renty stałej kończy się ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy świadczona w ramach ubezpieczenia na życie, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Pocztowego S.A.

Zmiana danych Uprawnionego (należy podać nowe dane)

Nazwisko i imię / Nazwa	Data urodzenia lub PESEL (dotyczy osób fizycznych)/REGON	% świadczenia
	Razem	100%

40. Miejscowość

41. Data

42. Podpis Ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam, iż zmiany w zakresie danych osobowych dokonane zostały na podstawie dokumentów potwierdzających tożsamość osoby składającej wniosek.

43. Miejscowość

44. Data

45. Czytelny podpis Przedstawiciela Agenta działającego w imieniu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A.

46. Stempel adresowy Placówki Agenta