

WNIOSEK DOTYCZĄCY ZMIAN

Nr polisy:

DOTYCHCZASOWE DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (osoba opłacająca składkę):

Nazwisko:

Imiona: /

Nr PESEL:

lub NIP / REGON:

DOTYCHCZASOWE DANE UBEZPIECZONEGO (osoba objęta ubezpieczeniem):

Nazwisko:

Imiona: /

Nr PESEL:

Rodzaj zmiany*:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uposażonego (należy podać nazwisko, imiona, pełny adres i nr PESEL nowego Uposażonego oraz wymienić wszystkich Uposażonych z ich udziałami procentowymi w sumie ubezpieczenia) | <input type="checkbox"/> wypowiedzenie umowy podstawowej |
| <input type="checkbox"/> Ubezpieczającego (należy podać nazwisko, imiona, pełny adres i nr PESEL nowego Ubezpieczającego) | <input type="checkbox"/> wypowiedzenie umowy uzupełniającej (należy wskazać jakiej) |
| <input type="checkbox"/> nazwiska Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego (należy dołączyć kopię dokumentu uwzględniającego dokonaną zmianę nazwiska, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika, BENEFIA TUnŻ S.A. Vienna Insurance Group bądź Urząd Miasta, Gminy lub notariusza) | <input type="checkbox"/> zmiana częstotliwości opłacania składki (miesięczna, kwartalna, półroczna, roczna) |
| <input type="checkbox"/> zmiana/aktualizacja serii i nr dokumentu tożsamości | <input type="checkbox"/> zmiana wzoru podpisu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego |
| | <input type="checkbox"/> inne (poniżej określić jakie) |

Szczegółowe dane dotyczące zmiany:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis Ubezpieczającego **

Data i podpis Ubezpieczonego ***

* Zaznaczyć odpowiednie pole.

** Przy zmianie Ubezpieczającego prosimy o podpis poprzedniego i obecnego Ubezpieczającego.

*** Wymagany przy zmianie Uposażonego i nazwiska Ubezpieczonego.

**Niniejszy wniosek prosimy przesłać listownie do Centrali Towarzystwa w Warszawie
BENEFIA TUnŻ S.A. Vienna Insurance Group, ul. Rydygiera 21, 01-793 Warszawa
BIURO OBSŁUGI KLIENTA**

Infolinia 0 801 106 106 (koszt połączenia – I impuls wg taryfy operatora)