

# Wniosek o zmiany w umowie ubezpieczenia Nowa Perspektywa

Polisa nr



\*L058\*

## Ubezpieczający

Imię (imiona)/Nazwa firmy

Nazwisko/Nazwa firmy cd.

Forma organizacyjna

NIP

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

Adres korespondencyjny/siedziby firmy – o ile uległ zmianie

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Numer telefonu

E-mail

## Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Numer telefonu

E-mail



## Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Numer telefonu

E-mail

Umowa	Zmiana (Wnioskowana suma ubezpieczenia)	Rozwiązanie umowy
Dodatkowa Umowa Terminowego Ubezpieczenia na Życie	Suma ubezpieczenia <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Suma ubezpieczenia <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Kalectwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Suma ubezpieczenia <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”	Suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek NW <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
	Wariant umowy <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”	Poziom świadczeń <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/>
	Świadczenie lekowe z tytułu dodatkowych zdarzeń typu 2 <input type="checkbox"/>	
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania	Suma ubezpieczenia <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy	Suma ubezpieczenia <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
Dodatkowa Umowa Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”	Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci lub Niezdolności do Pracy wskutek Wypadku Komunikacyjnego	Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>

Z uwagi na podwyższenie sumy ubezpieczenia do wniosku o zmianę dołączona jest „dodatkowa deklaracja o ubezpieczonym i jego stanie zdrowia” – nie dotyczy umowy dodatkowej „Na Wypadek”

## Dziecko

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

