

Druk aktualizacji danych kontaktowych Ubezpieczającego

Polisa nr _____

Ubezpieczający

Nazwa firmy _____

NIP _____

Osoba uprawniona przez pracodawcę do obsługi polisy

! Wypełnij wszystkie pola.

Wybierz rodzaj zmiany (możesz wybrać tylko jeden):

dodanie kolejnej osoby uprawnionej zmiana osoby uprawnionej zmiana danych osoby uprawnionej

Nazwisko i imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____ Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczający nie posiada nr PESEL

Państwo urodzenia Polska inny _____

Nr telefonu _____

E-mail _____

Na ten adres e-mail będziemy też wysyłać dokumenty rozliczeniowe. Jeśli mamy je wysyłać na inny, wskaż go:

Wzór podpisu osoby uprawnionej do obsługi polisy

Poniższą sekcję wypełnia Ubezpieczający (np. właściciel firmy, prezes, członek zarządu, prokurent, dyrektor)

(zgodnie z dokumentem rejestrowym: KRS, CEIDG lub pełnomocnictwem)

Oświadczenia

Oświadczam, że upoważniam w/w osobę do podpisania wniosków o przystąpienie/ wystąpienie/ aktualizacji danych w imieniu Ubezpieczającego.

TAK NIE

Oświadczam, że upoważniam w/w osobę do składania oświadczeń woli w imieniu Ubezpieczającego w przedmiocie:

odstąpienia TAK NIE
rozwiązania TAK NIE
odnowienia TAK NIE
zawarcia TAK NIE

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania firmy

Przykład: Jeśli dokument rejestrowy określa sposób reprezentacji, np. dwuosobowy, prosimy aby podpis złożyły dwie osoby uprawnione.

Data _____