



Nr polisy:

**I.1. UBEZPIECZAJĄCY**

Ubezpieczający jest Ubezpieczonym

Imię i Nazwisko/Nazwa:

Ulica, nr domu, nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

PESEL/REGON

Telefon/fax

**I.2. UBEZPIECZONY**

Imię i Nazwisko/Nazwa:

Ulica, nr domu, nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

PESEL/REGON

Telefon/fax

**II. PROSIMY O ZAZNACZENIE POLA WYBORU PRZY RODZAJU ZMIANY, JAKA MA ZOSTAĆ DOKONANA**

**II.1. Zmiana imienia/nazwiska na:** (wymagane jest dołączenie kopii dowodu tożsamości)

Data zmiany

Ubezpieczający

Imię/Imiona:

Nazwisko:

Ubezpieczony

Imię/Imiona:

Nazwisko:

**II.2. Zmiana danych adresowych na:** (adres do korespondencji)

Data zmiany

Ubezpieczający

Ulica, nr domu, nr lokalu

E-mail:

Kod pocztowy

Pocztą

Miejscowość:

Telefon

Ubezpieczony

Ulica, nr domu, nr lokalu

E-mail:

Kod pocztowy

Pocztą

Miejscowość:

Telefon

**II.3. Zmiana dowodu tożsamości:** (wymagane jest dołączenie kopii dowodu tożsamości)

Data zmiany

Ubezpieczający

Nr dowodu tożsamości:

Termin ważności:

Organ wydający dokument tożsamości:

Ubezpieczony

Nr dowodu tożsamości:

Termin ważności:

Organ wydający dokument tożsamości:

**II.4. Zmiana Uposażonych na:**

Data zmiany

**Uposażony główny**

Imię i Nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie % sumy ubezpieczenia

**Uposażony główny/zastępczy (niepotrzebne skreślić)**

Imię i Nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie % sumy ubezpieczenia

**Uposażony główny/zastępczy (niepotrzebne skreślić)**

Imię i Nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie % sumy ubezpieczenia

**Uposażony główny/zastępczy (niepotrzebne skreślić)**

Imię i Nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON/KRS

Pokrewieństwo\*

Świadczenie % sumy ubezpieczenia

\* wpisać właściwie: mąż, żona, syn, córka, ojciec, matka, brat, siostra, dalszy krewny, obcy

**III. OŚWIADCZENIA**

- Oświadczam, że wszystkie dane podałem (-am) zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy (-a), że Ubezpieczyciel może w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowości odmówić wypłaty świadczeń określonych w Umowie ubezpieczenia w pierwszych trzech latach od daty zawarcia Umowy.
- Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. 2002, nr 101, poz. 926 z późn. zm.) Ubezpieczyciel informuje, że jest administratorem Pana (-i) danych osobowych. Dane te przetwarzane będą przez Towarzystwo jako Ubezpieczyciela w celu prawidłowej realizacji Umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego produktów (usług). Pana (-i) dane osobowe mogą zostać udostępnione innym zakładom ubezpieczeń, prowadzącym działalność w zakresie reasekuracji czynnej, w celach związanych z reasekuracją ryzyka oraz innym podmiotom wykonującym usługi i spełniającym świadczenia objęte Umową ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez:
  - Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10,
  - WTUŻiR Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10,
  - Concordia Innowacje Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10.
 Wyrażenie zgody określonej w pkt 3 nie jest obowiązkowe.  Nie wyrażam zgody.  
 Jednocześnie informujemy, że posiada Pan(-i) prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

**IV. UWAGI**

Data

Miejscowość

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego

Podpis Ubezpieczonego

Podpis i pieczęć Przedstawiciela Ubezpieczyciela