

DYSPOZYCJA ZMIANY DANYCH OSOBOWYCH
dane mogą zostać zweryfikowane przez SALTUS TUW
za pośrednictwem kontaktu telefonicznego

OSOBA WNIOSKUJĄCA O ZMIANĘ DANYCH

Ubezpieczony Rodzic / opiekun prawny

imię i nazwisko

DANE DOTYCHCZASOWE

imię i nazwisko

D D M M R R R R R
data urodzenia PESEL

adres zamieszkania

Ulica Nr budynku Nr lokalu Kod pocztowy Miejscowość

adres korespondencyjny

Ulica Nr budynku Nr lokalu Kod pocztowy Miejscowość

adres e-mail

telefon komórkowy

DANE ZMIENIANE (prosimy o wypełnienie jedynie pól danych zmieniających)

imię i nazwisko

D D M M R R R R R
data urodzenia PESEL

adres zamieszkania

Ulica Nr budynku Nr lokalu Kod pocztowy Miejscowość

adres korespondencyjny

Ulica Nr budynku Nr lokalu Kod pocztowy Miejscowość

adres e-mail

telefon komórkowy

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Wnoszę o zmianę powyżej podanych danych w odniesieniu do:

- grupowego ubezpieczenia SALTUS ZDROWIE
- innych ubezpieczeń zawartych z SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych, jakich: _____
- wszystkich ubezpieczeń zawartych z SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych

Czytelny podpis Wnioskującego

Pieczęć imienna i podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego,
w przypadku składania dyspozycji za pośrednictwem Pracodawcy

Miejscowość D D M M R R R R R
Data