



## 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

data urodzenia

PESEL

adres zamieszkania

adres korespondencyjny

adres e-mail

 @ 

telefon komórkowy

### DANE ZMIENIANE (prosimy o wypełnienie jedynie pól danych zmienianych)

imię i nazwisko

data urodzenia

PESEL

adres zamieszkania

adres korespondencyjny

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

miejsce

data