

Sogecap S.A. Oddział w Polsce

WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH W POLISIE NR:

.....
(numer polisy, której zmiana dotyczy)

Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Seria i nr dowodu tożsamości	

Nowe dane Ubezpieczonego

(Proszę podać tylko dane, które się zmieniły)

Imię	
Nazwisko	
Adres	
Nr telefonu	
email	

Nowe dane Uprawnionego / Zmiana Uprawnionego

(Proszę podać tylko dane, które się zmieniły)

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Seria i nr dowodu tożsamości	
Adres	
Nr telefonu	
email	
Nr rachunku bankowego	

(miejsowość, data)

(czytelny podpis)