



.....
Imię i Nazwisko

.....
Pesel

Prosimy doprecyzować, jakich zmian dotyczy przekazana deklaracja:

- ☐ Dane osobowe
 - ☐ Zmiana w imieniu i nazwisku
 - ☐ Zmiana w PESEL
 - ☐ Zmiana w miejscu urodzenia
 - ☐ Zmiana adresu
 - ☐ Zmiana, dodanie lub usunięcie numeru telefonu
 - ☐ Zmiana, dodanie lub usunięcie adresu e-mail
- ☐ Wariant ubezpieczenia
 - ☐ Zmiana wariantu Ubezpieczenia na Życie
 - ☐ Zmiana zakresu ubezpieczenia Opieki Medycznej
 - ☐ Zmiana/dodanie/rezygnacja współubezpieczonego z wariantu Opieki Medycznej.

Podaj imię i nazwisko:

.....
.....
.....

- ☐ Uposażeni
 - ☐ Zmiana lub dodanie Uposażonego
 - ☐ Usunięcie Uposażonego
 - ☐ Zmiana adresu Uposażonego
- ☐ Partner życiowy
 - ☐ Dodanie Partnera Życiowego
 - ☐ Usunięcie Partnera Życiowego
 - ☐ Zmiana Partnera Życiowego
- ☐ Inne (prosimy określić)

.....
.....
.....

Data

Podpis

Polska Grupa Asekuracyjna Sp. z o.o. ul. Naukowa 41A, 02-463 Warszawa,
wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Warszawie, XII Wydział
Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000570305, NIP 5272742190, kapitał zakładowy 105 000,00 zł, e-mail
biuro@pga.pl, www.pga.pl, tel. +48 22 39 869 86, +48 22 39 869 76.