

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Dotyczy polisy nr: **NG0049137**

Ja niżej podpisany/a,
objęty/a ochroną ubezpieczeniową w ramach polisy na życie nr **NG0049137** za
pośrednictwem Związku Zawodowego Kierowców RP przy MZA Sp. z o.o., oświadczam, że
zgodnie z przepisami art. 805 i nast. oraz art. 822–862 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. –
Kodeks cywilny, a także zgodnie z postanowieniami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia,
zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Ubezpieczającego o wszelkich zmianach
mających wpływ na realizację umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących:

- zmiany miejsca pracy,
- zmiany miejsca zamieszkania lub adresu do korespondencji,
- zmiany danych kontaktowych,
- rezygnacji z ubezpieczenia lub wypowiedzenia ochrony ubezpieczeniowej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż brak pisemnego poinformowania
Ubezpieczającego o powyższych zmianach lub brak skutecznego złożenia rezygnacji z
ubezpieczenia nie powoduje automatycznego ustania ochrony ubezpieczeniowej, a składka
ubezpieczeniowa będzie nadal naliczana zgodnie z obowiązującymi warunkami
ubezpieczenia.

Oświadczam ponadto, iż w przypadku powstania zaległości wynikających z braku zgłoszenia
zmian lub nieuregulowania należnych składek, Ubezpieczający zastrzega sobie prawo do
dochodzenia należności na drodze postępowania windykacyjnego lub prawnego, zgodnie z
obowiązującymi przepisami prawa.

Data:

Czytelny podpis Ubezpieczonego: