

Wniosek aktualizacji danych osobowych

Numer polisy

PRU-OPPIA-F008-2-0322-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Prosimy podać wszystkie aktualne dane.

1. Aktualne dane zgłaszającego*

Jeśli zmianie ulegają dane osobowe z sekcji 1, prosimy o przesłanie kopii dowodu osobistego, gdy zmiana została zgłoszona bez potwierdzenia przez Konsultanta lub Pracownika Oddziału.

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)

Płeć

PESEL

Data urodzenia

 K M

Nr dowodu osobistego / kod kraju i nr paszportu

Obywatelstwo: polskie

inne (jakie)

2. Dane kontaktowe*

Preferowana forma kontaktu: telefon e-mail list

Telefon komórkowy

Telefon domowy

Adres e-mail

Zgoda na kontakt (zaznacz, jeśli chcesz otrzymywać korespondencję elektronicznie)

Zgadzam się na możliwość przekazywania mi przez Prudential informacji o propozycji zmian warunków umowy oraz corocznych informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia na wskazany przeze mnie adres e-mail.

 TAK NIE

3. Adres zamieszkania*

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

* Podanie danych, informacji lub udzielenie zgód w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć jest to niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia, jak również może wynikać z przepisów prawa.

Aktualizacja adresu korespondencyjnego dotyczy wyłącznie Ubezpieczającego.

Czy adres korespondencyjny jest taki sam jak adres zamieszkania?

TAK

Czy aktualizacja adresu korespondencyjnego ma dotyczyć wszystkich polis, w których jesteś Ubezpieczającym?

TAK

Wyłącznie jeśli zaznaczysz TAK, adres korespondencyjny zostanie zmieniony do wszystkich Twoich polis, w których jesteś Ubezpieczającym.

4. Adres korespondencyjny*

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Skrytka pocztowa

Miejscowość

Data i podpis Ubezpieczającego lub reprezentantów Ubezpieczającego

Imię i nazwisko reprezentanta

PESEL reprezentanta

(lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr. PESEL)

Państwo urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr. PESEL

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

Miejscowość

Data i podpis ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego w przypadku małoletnich, osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych lub osób z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

PESEL przedstawiciela

(lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr. PESEL)

Państwo urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr. PESEL

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

5. Oświadczenia Konsultanta lub Pracownika oddziału

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami w dniu wypełnienia oraz podpisania niniejszego wniosku.

W przypadku Ubezpieczonych nieposiadających zdolności do czynności prawnych lub z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych potwierdzam, że zweryfikowałem, iż osoba reprezentująca Ubezpieczonego, podpisująca niniejszy wniosek, jest umocowana do działania w jego imieniu w charakterze przedstawiciela.

Data

Imię i nazwisko Konsultanta lub Pracownika oddziału

Miejscowość

Numer Konsultanta

Oddział

Podpis

* Podanie danych, informacji lub udzielenie zgód w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć jest to niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia, jak również może wynikać z przepisów prawa.

Pru to marka Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce

Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, ul. Puławska 182, 02-670 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000708052, NIP: 1080022291, infolinia: 801 30 20 10, e-mail: bok@prudential.pl, www.pru.pl