

## Wniosek aktualizacji danych osobowych

Numer polisy 

OPPIA-F008-3-0124-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 D  D  M  M  R  R  R  R

Nr dowodu osobistego/nr mDowodu/kod kraju i nr paszportu (dot. obcokrajowców)

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. Ekologia jest dla nas ważna. Brak zgody na kontakt elektroniczny oznacza, że rezygnujesz z otrzymywania w przyszłości dokumentów związanych z umową w formie elektronicznej i wybierasz formę papierową.

 TAK NIE

### 3. Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

 - 

Kraj

Miejscowość

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 albo osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Miejscowość

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

Dane osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Imię i nazwisko

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

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko

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

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

#### 5. Oświadczenia Konsultanta lub Pracownika oddziału

Przekazałem/am Ubezpieczającemu pełną informację o warunkach umowy ubezpieczenia, której dotyczy niniejszy wniosek.

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 oraz że widziałem/am wszystkich Ubezpieczonych wskazanych w niniejszym wniosku lub załącznikach do wniosku w dniu wypełniania oraz podpisania niniejszego wniosku.

W przypadku Ubezpieczających działających poprzez reprezentanta potwierdzam, że zweryfikowałem, iż osoba reprezentująca Ubezpieczającego jest odpowiednio umocowana do działania w jego imieniu.

Ponadto potwierdzam, że w stosunku do reprezentantów podpisujących niniejszy wniosek wykonałem/am czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

Data

Imię i nazwisko Konsultanta lub Pracownika oddziału

Miejscowość

Numer Konsultanta

Oddział

Podpis

**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