

Pełnomocnictwo

Numer polisy

OPPIA-F103-4-0424-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

1. Dane Ubezpieczającego/Ubezpiezonego (prosimy o wpisanie danych osoby składającej oświadczenie)

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Nr dowodu osobistego/kod kraju i nr paszportu

Adres korespondencyjny

Dane kontaktowe (dane nieobowiązkowe)

E-mail

Nr telefonu

2. Oświadczenie Ubezpieczającego/Ubezpiezonego (prosimy o wybranie jednej z poniższych opcji)

1. Ustanawiam pełnomocnika/ustanawiam nowego pełnomocnika zamiast dotychczasowego.
2. Odwołuję dotychczasowego pełnomocnika.

3. Dane pełnomocnika (prosimy o uzupełnienie w przypadku wybrania powyżej opcji 1.)

Podanie wszystkich poniższych danych umożliwi obsługę w pełnym zakresie za pośrednictwem wszystkich dostępnych form kontaktu.

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

Płeć

Data urodzenia

PESEL

Nr dowodu osobistego/kod kraju i nr paszportu

Adres korespondencyjny*

E-mail*

Nr telefonu

Obywatelstwo

*Korespondencja związana z umową ubezpieczenia nie będzie automatycznie kierowana na podane dane kontaktowe. Na adres pełnomocnika kierowana będzie wyłącznie korespondencja w sprawach, w których w imieniu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego wystąpił pełnomocnik.

Administratorem danych osobowych pełnomocnika jest Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia weryfikacji umocowania do działania w cudzym imieniu. Pełnomocnikowi przysługuje prawo dostępu do jego danych osobowych i pozyskania ich kopii, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu, jak i złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowe informacje nt. przetwarzania danych osobowych znajdują się w klauzuli informacyjnej przeznaczonej dla reprezentantów dostępnej na stronie <https://www.pru.pl/dokumenty-ogolne/> w zakładce klauzule informacyjne.

Miejscowość

Data i podpis pełnomocnika

4. Zakres pełnomocnictwa

Oświadczam, że udzielam pełnomocnictwa w/w pełnomocnikowi do dokonywania w moim imieniu poniższych czynności, dotyczących umowy ubezpieczenia potwierdzonej w/w numerem polisy:

- 1. Pełnego dysponowania umową ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego (pełnomocnictwo pełne, uprawniające zarówno do uzyskiwania informacji, jak i składania wszelkich dyspozycji).*
- 2. Uzyskiwania informacji o umowie ubezpieczenia.
- 3. Złożenia w moim imieniu wniosku o wypłatę świadczenia.

*W przypadku gdy Ubezpieczający jest inny niż Ubezpieczony, do dokonania zmian w umowie, które wymagają zgody Ubezpieczonego, Ubezpieczony (lub jego pełnomocnik) jest zobowiązany złożyć własnoręczny podpis na dyspozycji zmiany w umowie.

Powyższego pełnomocnictwa udzielam na:

Czas nieokreślony od dnia (do czasu odwołania przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego)

Czas określony od dnia do dnia

Miejscowość

Data i podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

5. Oświadczenie Konsultanta lub pracownika oddziału, jeśli jest obecny przy sporządzeniu pełnomocnictwa

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego/Ubezpieczonego oraz pełnomocnika wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

Data

Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta lub pracownika oddziału

Numer

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