

Wniosek aktualizacji danych osobowych

Numer polisy

OPPIA-F008-4-0926-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

W przypadku wypełniania wniosku bez obecności Konsultanta prosimy o przesłanie kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość tj. skan lub zdjęcie dowodu osobistego (obydwu stron) lub paszportu w części zawierającej dane osobowe Ubezpieczającego.

1. Dane Ubezpieczającego/Ubezpiezonego

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)

Płeć

☐ K ☐ M

PESEL

Data urodzenia

Państwo urodzenia

Miejsce urodzenia

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: dowodu osobistego/mDowodu/paszportu

Data wydania dokumentu tożsamości

Data ważności dokumentu tożsamości

Obywatelstwo: ☐ polskie

inne (jakie)

2. Dane kontaktowe

Telefon

Adres e-mail

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

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

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż powyżej)

Podaj numery polis, dla których chcesz wskazać zmianę adresu korespondencyjnego.

Adres korespondencyjny zostanie zmieniony wyłącznie do wskazanych przez Ciebie polis.

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

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

4. 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 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