

WNIOSEK AKTUALIZACJI DANYCH OSOBOWYCH

NUMER POLISY

OPPIA-F008-2-0821-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	<input type="text"/>	Drugie imię	<input type="text"/>
Nazwisko / nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)	<input type="text"/>		Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Nr dowodu osobistego / kod kraju i nr paszportu	<input type="text"/>	Obywatelstwo: polskie <input type="checkbox"/> inne (jakie)	<input type="text"/>

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

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

MIEJSCOWOŚĆ

DATA I PODPIS UBEZPIECZONEGO LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO W PRZYPADKU MAŁOLETNIICH, OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH LUB OSÓB Z OGRANICZONĄ ZDOLNOŚCIĄ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

* 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.

PESEL REPREZENTANTA
(LUB DATA URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL)

MIEJSCE URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ

OBYWATELSTWO

PESEL PRZEDSTAWICIELA
(LUB DATA URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL)

MIEJSCE 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 wypełniania 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

MIEJSCOWOŚĆ

IMIĘ I NAZWISKO KONSULTANTA LUB PRACOWNIKA ODDZIAŁU

NUMER KONSULTANTA

ODDZIAŁ

PODPIS