

Nr polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**GENERALI Formularz dotyczący aktualizacji danych****Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji**

<input type="checkbox"/> Ubezpieczający	<input type="checkbox"/> Ubezpieczony ¹⁾												
Imię													
/Pełna nazwa firmy													
Nazwisko													
/Pełna nazwa firmy													
PESEL/NIP (w przypadku firmy)	Data urodzenia									Płeć ²⁾	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M	
Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu	Seria i nr dokumentu tożsamości									
Ubezpieczający (Imię i nazwisko/ Pełna nazwa firmy) ³⁾													

¹⁾ Ubezpieczony na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia na życie zawartej za pośrednictwem banku.

²⁾ Wypełnij, jeżeli nie masz numeru PESEL.

³⁾ Wypełnij, jeżeli składasz formularz jako Ubezpieczony.

Instrukcja dotycząca wypełniania formularza

- Wypełnij wniosek drukowanymi literami.
- Każdą korektę potwierdź swoim podpisem.
- Jeżeli składasz dyspozycję jako Ubezpieczający i zmienia się którakolwiek z Twoich danych wymienionych w punktach a-e albo podajesz je po raz pierwszy, jesteśmy zobowiązani, aby ponownie zweryfikować Twoją tożsamość.
Tymi danymi są:
 - imię;
 - nazwisko;
 - PESEL lub data urodzenia, jeżeli nie nadano Ci numeru PESEL;
 - państwo urodzenia;
 - seria i numer dokumentu tożsamości.Swoją tożsamość możesz potwierdzić u pośrednika ubezpieczeniowego albo dołączyć do formularza skan lub zdjęcie swojego dokumentu tożsamości.
- Jeżeli na formularzu składana jest dyspozycja zmiany Ubezpieczającego, konieczne jest potwierdzenie tożsamości nowego Ubezpieczającego. Jego tożsamość może być potwierdzona u pośrednika ubezpieczeniowego albo poprzez załączenie do formularza skanu lub zdjęcia jego dokumentu tożsamości.

Osoba, której dotyczą zmiany wskazane w niniejszym formularzu

Ubezpieczający Ubezpieczony Dziecko (dotyczy Lew Junior, Perspektywa Dziecka, Przyszłość Dziecka, „Generali, z myślą o dziecku”)

Zmiana adresu**Nowy adres stałego zamieszkania/adres siedziby firmy**

Ulica, nr domu, nr mieszkania/lokalu				
Miejscowość/ Pocztą		Kod pocztowy		Kraj

Nowy adres do korespondencji (podaj, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania/adres siedziby firmy)

Ulica, nr domu, nr mieszkania/lokalu				
Miejscowość/ Pocztą		Kod pocztowy		Kraj

Nowy adres miejsca prowadzenia działalności gospodarczej (podaj, jeżeli jest inny niż adres siedziby firmy)

Ulica, nr domu, nr mieszkania/lokalu				
Miejscowość/ Pocztą		Kod pocztowy		Kraj

Zmiana numeru telefonu i adresu e-mail

Nowy tel. kontaktowy		Nowy adres e-mail ⁴⁾	
----------------------	--	---------------------------------	--

⁴⁾ Jeżeli mamy Twoją zgodę na doręczanie wszelkiej dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia na adres e-mail albo wyrazisz taką zgodę w niniejszym formularzu, dokumenty te będziemy wysyłać na podany przez Ciebie adres e-mail.

Zmiana danych dotyczących dokumentu tożsamości

Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu	Seria i nr dokumentu tożsamości					Data ważności dokumentu tożsamości					
Obywatelstwo				Drugie obywatelstwo					Państwo urodzenia					

Zmiana imienia i nazwiska/nazwy firmy/formy prawnej prowadzenia działalności gospodarczej

Nowe imię /Nowa pełna nazwa firmy⁵⁾

Nowe nazwisko /Nowa pełna nazwa firmy⁵⁾

Nowa forma prawna prowadzenia działalności gospodarczej⁵⁾

⁵⁾ Do formularza dołączyć dokumenty potwierdzające zmianę nazwy firmy lub formy prawnej prowadzenia działalności gospodarczej.

Dane Partnera (dotyczy produktu Generali, z myślą o życiu PLUS; wypełnij tylko w celu zmiany partnera)⁶⁾

Imię

Nazwisko

Data urodzenia DD MM RR RR

⁶⁾ Dane partnera możesz zmienić raz na 12 miesięcy.

Zmiana Ubezpieczającego

Imię /Pełna nazwa firmy

Nazwisko /Pełna nazwa firmy

Forma prawna prowadzenia działalności gospodarczej (w przypadku firmy)

PESEL/NIP (w przypadku firmy)

Data urodzenia DD MM RR RR

Płeć⁷⁾ K M

Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu

Seria i nr dokumentu tożsamości

Data ważności dokumentu tożsamości DD MM RR RR

Obywatelstwo

Drugie obywatelstwo

Państwo urodzenia

Tel. kontaktowy

E-mail

Adres stałego zamieszkania/Adres siedziby firmy

Ulica, nr domu, nr mieszkania/ nr lokalu

Miejscowość/ Poczta

Kod pocztowy

Kraj

Adres do korespondencji (podaj, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania/siedziby firmy)

Ulica, nr domu, nr mieszkania/ nr lokalu

Miejscowość/ Poczta

Kod pocztowy

Kraj

Adres miejsca prowadzenia działalności gospodarczej (podaj, jeżeli jest inny niż adres siedziby firmy)

Ulica, nr domu, nr mieszkania/ nr lokalu

Miejscowość/ Poczta

Kod pocztowy

Kraj

⁷⁾ Wypełnij, jeżeli nie masz numeru PESEL.

Aktualizacja wzoru podpisu

Nowy wzór podpisu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/osób upoważnionych do reprezentowania firmy

Imię i nazwisko

Podpis

Aktualizacja numeru rachunku bankowego

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

IBAN⁸⁾ Numer rachunku

Kod SWIFT⁸⁾

⁸⁾ Wypełnij tylko w przypadku przelewu zagranicznego.

Aktualizacja danych Urzędu Skarbowego

Aktualne dane (nazwa i adres) Urzędu Skarbowego właściwego dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego

Aktualizacja oświadczenia dotyczącego sposobu doręczania dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na doręczanie wszelkiej dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia:

za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta,

na wskazany przeze mnie w niniejszym formularzu adres e-mail.⁹⁾

⁹⁾ Jeżeli wyrazisz zgodę na doręczanie wszelkiej dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia za pomocą adresu e-mail, podaj swój aktualny adres e-mail, w części „Zmiana numeru telefonu i adresu e-mail”.

Zmiana oświadczenia IKZE Ubezpieczającego dotyczącego prowadzenia pozarolniczej działalności

Oświadczam, że od dnia ¹⁰⁾ prowadzę pozarolniczą działalność w rozumieniu art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku zaprzestania prowadzenia pozarolniczej działalności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o tym fakcie.

Oświadczam, że z dniem ¹⁰⁾ zaprzestałam/zaprzestałem prowadzenia pozarolniczej działalności w rozumieniu art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

¹⁰⁾ Wpisz odpowiednio datę rozpoczęcia albo zaprzestania prowadzenia pozarolniczej działalności.

Podpisy

Oświadczanie (czytelnie podpisane przez osobę upoważnioną do potwierdzenia własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję).

Na podstawie okazanego ważnego dokumentu tożsamości, wskazanego w danych identyfikacyjnych w części "Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji" w niniejszym formularzu, potwierdzono tożsamość osoby składającej dyspozycję oraz zgodność danych zamieszczonych w formularzu z danymi zawartymi w dokumencie tożsamości.

Podpis osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji¹¹⁾

Imię i nazwisko	Podpis
-----------------	--------

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości¹³⁾

Imię i nazwisko	Podpis
-----------------	--------

Podpis nowego Ubezpieczającego¹²⁾

Imię i nazwisko	Podpis
-----------------	--------

Miejscowość	Data
-------------	------

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

¹¹⁾ W przypadku, gdy Ubezpieczającym jest firma, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej do składania dyspozycji oraz dokument potwierdzający jej uprawnienia w tym zakresie.

W przypadku zmiany Ubezpieczającego, podpis składa dotychczasowy Ubezpieczający.

¹²⁾ Podpis wymagany w przypadku składania dyspozycji zmiany Ubezpieczającego.

¹³⁾ Osobami upoważnionymi do potwierdzenia własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję są pośrednicy ubezpieczeniowi posiadający ważną umowę o współpracy z Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A. oraz notariusz. Możesz również potwierdzić własnoręczność podpisu oraz tożsamość u osób zatrudnionych w Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A., np. Dyrektorów Oddziałów, pracowników etatowych.