



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

Nowe imię /Nowa pełna nazwa firmy <sup>5)</sup>	
Nowe nazwisko /Nowa pełna nazwa firmy <sup>5)</sup>	
Nowa forma prawna prowadzenia działalności gospodarczej <sup>5)</sup>	

<sup>5)</sup> 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)<sup>6)</sup>

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	DD MM RRRR

<sup>6)</sup> 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)	
Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu <input type="checkbox"/> mDowód
Obywatelstwo	
Tel. kontaktowy	
Data urodzenia	DD MM RRRR
Sex <sup>7)</sup>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Seria i nr dokumentu tożsamości	
Data ważności dokumentu tożsamości	DD MM RRRR
Drugie obywatelstwo	
E-mail	
Państwo urodzenia	

## 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	

## Powód zmiany Ubezpieczającego

--

<sup>7)</sup> 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							
IBAN <sup>8)</sup>	Numer rachunku						
( )							
Kod SWIFT <sup>8)</sup>							

<sup>8)</sup> 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.<sup>9)</sup>

<sup>9)</sup> 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    <sup>10)</sup> 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    <sup>10)</sup> zaprzestałam/zaprzestałem prowadzenia pozarolniczej działalności w rozumieniu art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

<sup>10)</sup> Wpisz odpowiednio datę rozpoczęcia albo zaprzestania prowadzenia pozarolniczej działalności.

## Podpisy

### Oświadczenie (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 dyspozycji<sup>11)</sup>

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

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości<sup>13)</sup>

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

Podpis nowego Ubezpieczającego<sup>12)</sup>

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

Miejscowość ..... dnia

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

<sup>11)</sup> 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.

<sup>12)</sup> Podpis wymagany w przypadku składania dyspozycji zmiany Ubezpieczającego.

<sup>13)</sup> 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.