



GENERALI Formularz dotyczący aktualizacji danych

Nr polisy

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

Proszę wypełnić wniosek drukowanymi literami. Każda korekta dokonana w niniejszym formularzu powinna zostać potwierdzona podpisem osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji.

Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji

Ubezpieczający Ubezpieczony¹⁾

Imię /Nazwa firmy

Nazwisko /Nazwa firmy

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL/NIP (w przypadku firmy)

Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu

Obywatelstwo Państwo urodzenia Nr dokumentu tożsamości

Aktualny adres stałego zamieszkania/Siedziba firmy

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość/ Poczta Kod pocztowy Kraj

Tel. kontaktowy E-mail

Ubezpieczający (Imię i nazwisko/ Nazwa firmy)²⁾

¹⁾ Ubezpieczony na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia na życie.

²⁾ Należy wypełnić, jeżeli formularz składany jest przez Ubezpieczonego.

Osoba, której dotyczy zmianę 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 i do korespondencji

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość/ Poczta Kod pocztowy Kraj

Nowy adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zamieszkania)

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość/ Poczta Kod pocztowy Kraj

Zmiana numeru telefonu i adresu e-mail

Tel. kontaktowy E-mail³⁾

³⁾ Podany adres e-mail będzie wykorzystany do doręczania wszelkiej dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia oraz korespondencji kierowanej przez Towarzystwo w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, w przypadku wyrażenia zgody na taki sposób doręczania korespondencji we wniosku lub w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

Zmiana numeru i rodzaju dokumentu tożsamości

Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu Nr dokumentu tożsamości

Obywatelstwo Państwo urodzenia

Zmiana nazwiska/nazwy firmy

Nowe imię /Nazwa firmy⁴⁾

Nowe nazwisko /Nazwa firmy⁴⁾

⁴⁾ W celu dokonania zmiany niezbędne jest okazanie dokumentów potwierdzających zmianę nazwy firmy.

Dane Partnera (dotyczy produktu Generali, z myślą o życiu PLUS; proszę wypełnić tylko w celu zmiany partnera)⁵⁾

Imię

Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR

⁵⁾ Zmiana partnera możliwa jest raz na 12 miesięcy.

Zmiana Ubezpieczającego

Imię /Nazwa firmy																											
Nazwisko /Nazwa firmy																											
Data urodzenia	DD	MM	RRRR	PESEL/NIP (w przypadku firmy)						Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu														
Obywatelstwo						Państwo urodzenia						Nr dokumentu tożsamości															

Aktualny adres stałego zamieszkania/Siedziba firmy

Ulica, nr domu, nr mieszkania																											
Miejscowość/ Poczta											Kod pocztowy					Kraj											
Tel. kontaktowy						E-mail																					

Aktualizacja wzoru podpisu

Nowy wzór podpisu Ubezpieczającego/osób upoważnionych do reprezentowania firmy

Nazwisko i imię																											Podpis
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

Aktualizacja numeru rachunku bankowego

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego																											
IBAN ⁶⁾																											
Numer rachunku																											
Kod SWIFT ⁶⁾																											

⁶⁾ Pola wymagane tylko w przypadku przelewu zagranicznego.

Aktualizacja danych Urzędu Skarbowego

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

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

Aktualizacja oświadczenia Ubezpieczającego dotyczącego sposobu doręczania korespondencji

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na doręczanie wszelkiej dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia, w tym dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia (polisy) oraz korespondencji kierowanej przez Towarzystwo w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, o ile zapisy w OWU nie stanowią inaczej:

- za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta,
 na wskazany przeze mnie w niniejszym wniosku adres e-mail.⁷⁾

⁷⁾ W przypadku wyrażenia zgody na doręczanie wszelkiej dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia za pomocą adresu e-mail należy, w części „Zmiana numeru telefonu i adresu e-mail” niniejszego formularza, podać aktualny adres e-mail.

Zmiana oświadczenia IKZE Ubezpieczającego dotyczącego prowadzenia pozarolniczej działalności

- Oświadczam, że od dnia DD MM RRRR⁸⁾ 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 DD MM RRRR⁸⁾ zaprzestałam/zaprzestałem prowadzenia pozarolniczej działalności w rozumieniu art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

⁸⁾ W przypadku zaznaczenia oświadczenia wymagane jest wpisanie odpowiednio daty 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 dyspozycji⁹⁾

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

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzenia tożsamości¹¹⁾

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

Podpis nowego Ubezpieczającego¹⁰⁾

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

Miejscowość	Dnia
-------------	------

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

⁹⁾ 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 dyspozycji zmiany Ubezpieczającego, podpis składa dotychczasowy Ubezpieczający.

¹⁰⁾ Podpis wymagany w przypadku składania dyspozycji zmiany Ubezpieczającego.

¹¹⁾ 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. Dopuszcza się możliwość potwierdzenia własnoręczności podpisu przez osoby zatrudnione w Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A., np. Dyrektorów Oddziałów, pracowników etatowych.