

Formularz aktualizacji danych i wskazania Uposażonych

SIGNAL IDUNA 

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

Numer polisy/
certyfikatu

Nazwa
ubezpieczenia

1. DOTYCHCZASOWE DANE UBEZPIEZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO

Zmiany dotyczą Ubezpieczony Ubezpieczający

(w przypadku gdy zmiana dotyczy Ubezpiezonego i Ubezpieczającego należy wypełnić dwa oddzielne Formularze)

Imię Nazwisko

PESEL Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

Adres zamieszkania

Kraj Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu Kod kraju (w przypadku podania paszportu)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Miejsce urodzenia Obywatelstwo

2. ZMIANA IMIENIA/ NAZWISKA (prosimy o dołączenie kopii dokumentu tożsamości lub aktu małżeństwa)

Poprzednie imię i nazwisko

Obecne imię i nazwisko

Data zmiany

3. ZMIANA DANYCH ADRESOWYCH

Adres zamieszkania

Kraj Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Adres do korespondencji

Kraj Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

4. AKTUALIZACJA NUMERU TELEFONU I ADRESU E-MAIL

Nr tel. komórkowego Nr tel. stacjonarnego (z numerem kierunkowym)

Adres e-mail prywatny służbowy

(rekomendujemy podanie adresu do osobistej skrzynki e-mail)

5. ZMIANA/ WSKAZANIE UPOSAŻONYCH (podanie przez Ubezpiezonego Uposażonych oznacza, że będą oni jedynymi uprawnionymi do świadczenia w przypadku zgonu Ubezpiezonego. Dane podane poniżej anulują poprzednie wskazania Uposażonych)

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym	Udział w świadczeniu %
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

6. ZMIANA/ ZGŁOSZENIE PARTNERA

Imię Nazwisko

PESEL

7. ZMIANA NR KONTA DO ZWROTU SKŁADKI

W przypadku konieczności zwrotu składki proszę o przekazanie należnych środków

Przelewem na następujący numer rachunku bankowego:

Imię Nazwisko

Inna forma wypłaty

8. ZMIANA URZĘDU SKARBOWEGO

Nazwa i adres Urzędu skarbowego właściwego dla Ubezpieczającego w sprawach opodatkowania podatkiem od osób fizycznych

9. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że w rozumieniu Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

nie jestem / jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu znajduje się pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>

10. OŚWIADCZENIA I ZGODY

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym formularzu są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
2. Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

ZGODY MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.
TAK / NIE
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:
wiadomości SMS/MMS TAK / NIE
wiadomości e-mail TAK / NIE
telefoniczny TAK / NIE

11. PODPISY

Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczającego Czytelny podpis Ubezpieczonego/
Przedstawiciela ustawowego

Aktualizacja Podpisu – Poniższy podpis będzie stanowił nowy wzór podpisu, niezbędny do dokonywania wszelkich czynności we wszystkich Umowach / Polisah zawartych z SIGNAL IDUNA w trakcie ich obowiązywania

Miejscowość Data Nowy czytelny podpis Ubezpieczającego Nowy czytelny podpis Ubezpieczonego/
Przedstawiciela ustawowego