

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 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 potwierdzania 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.