

4Life Direct Sp. z o.o.
ul. Chmielna 132/134
00-805 Warszawa

Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952, kapitał zakładowy 63.500.000 PLN w pełni opłacony, NIP 521-28-87-341, należąca do Grupy Generali figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Instytut Nadzoru Ubezpieczeniowego (IVASS) pod nr 26. W imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela działa agent ubezpieczeniowy 4Life Direct Sp. z o.o. zarejestrowana przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000313549, NIP 9512263500, kapitał zakładowy w wysokości 3.066.800 złotych.

Numer polisy:

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

INSTRUKCJA DOTYCZĄCA WYPEŁNIENIA FORMULARZA

1. Wypełnij wniosek drukowanymi literami.
2. Każdą korektę potwierdź swoim podpisem.
3. Przekreśl pola, która nie wymagają zmian.
4. Jeżeli 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:

- a. imię;
- b. nazwisko;
- c. PESEL lub data urodzenia, jeżeli nie nadano Ci numeru PESEL;
- d. kraj urodzenia;
- e. seria i numer dokumentu tożsamości.

5. Ważne! Pamiętaj, by dane mogły zostać zaktualizowane, razem z formularzem należy dołączyć skan lub zdjęcia dokumentu tożsamości (obie strony).

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ZŁOŻENIA DYSPOZYCJI

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>						
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/> DD	<input type="text"/> MM	<input type="text"/> RRRR	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna			
Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu	Seria i numer dokumentu tożsamości:	<input type="text"/>	Data ważności dokumentu tożsamości	<input type="text"/> DD	<input type="text"/> MM	<input type="text"/> RRRR

OSOBA, KTÓREJ DOTYCZĄ ZMIANY WSKAZANE W NINIEJSZYM FORMULARZU

Ubezpieczający (osoba będąca właścicielem polisy i opłacająca składki) Ubezpieczony (osoba objęta ochroną)

ZMIANA IMIENIA I NAZWISKA

Nowe imię	<input type="text"/>			
Nowe nazwisko	<input type="text"/>			

ZMIANA DANYCH DOTYCZĄCYCH DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu	Seria i numer dokumentu tożsamości:	<input type="text"/>	Data ważności dokumentu tożsamości	<input type="text"/> DD	<input type="text"/> MM	<input type="text"/> RRRR
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Drugie Obywatelstwo	<input type="text"/>	Kraj urodzenia	<input type="text"/>				

ZMIANA NUMERU TELEFONU I ADRESU E-MAIL

Nowy telefon kontaktowy	<input type="text"/>	Nowy adres e-mail	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	-------------------	----------------------

ZMIANA ADRESU

Nowy adres stałego zamieszkania

Ulica, nr domu,
nr mieszkania

Miejscowość/
Pocztą Kod pocztowy Kraj

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

Ulica, nr domu,
nr mieszkania

Miejscowość/
Pocztą Kod pocztowy Kraj

OŚWIADCZENIE

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PODPISZ TUTAJ
Miejscowość	Data	Czytelny podpis osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji	

WAŻNE!

Pamiętaj, by dane mogły zostać zaktualizowane,
razem z formularzem należy dołączyć skan
lub zdjęcia dokumentu tożsamości (obie strony).

