

OŚWIADCZENIE
DLA CZŁONKÓW RODZINY

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

OŚWIADCZENIE DO POLISY NR _____

SPRAWA NR _____

Ja niżej podpisany(a) _____
(imię/ imiona i nazwisko)zamieszkały(a) _____ nr tel. _____
(ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)legitymujący(a) się dowodem osobistym nr _____ PESEL _____
(seria i numer dowodu osobistego)Oświadczam, że w stosunku do _____
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

data urodzenia: _____ data zgonu: _____

jestem mężem/ żoną/ synem/ córką/ wnukiem/ rodzicem/ innym krewnym _____
(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)Ponadto oświadczam, że na dzień zgonu Pan/i _____ posiadał(a)*:
(imię i nazwisko osoby zmarłej) małżonek: _____ ; dzieci (jeśli brak współmałżonka): – liczba dzieci _____ ; wnuki (jeśli brak współmałżonka i dzieci): – liczba wnuków _____ ; rodzice (jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków): _____ ; rodzeństwo (jeśli brak osób wymienionych powyżej): _____ ; inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego (jeśli brak osób wymienionych powyżej): _____ ;

* Proszę zaznaczyć pole i podać dane tylko tych członków rodziny (imię i nazwisko, numer telefonu), których dotyczy oświadczenie zgodnie ze wskazaną kolejnością. W przypadku braku miejsca prosimy uzupełnić dane na dodatkowej karcie, potwierdzając datą i podpisem.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są prawdziwe i wyczerpujące.

Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej będą przetwarzane przez 4Life Direct Sp. z o.o. działającą w imieniu Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., w zakresie realizacji procedury wypłaty świadczenia.

Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz mam prawo do wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Miejscowość

Data wypełnienia wniosku

Podpis

