

# Wniosek o zmianę danych uczestnika

Numer polisy

Kod kreskowy – Placówka Allianz

Kod kreskowy – Biuro Główne Allianz

## I. DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

Nazwa firmy

Forma organizacyjna

NIP

Ulica

Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość

Kod pocztowy  -  Poczta  Kraj

Pieczęć Ubezpieczającego

## II. ZMIANA DANYCH UCZESTNIKA

Nazwisko

Poprzednie nazwisko (w przypadku zmiany)

Imię (imiona)

Płeć  kobieta  mężczyzna

PESEL  Data urodzenia (d-m-r)  -  -  Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Series i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)  -  -

## III. ZMIANA DANYCH ADRESOWYCH

Kraj rezydencji podatkowej (jeśli inny niż Polska)<sup>1</sup>

Nr identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji

Ulica

Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość

Kod pocztowy  -  Poczta  Kraj

Tel. stacjonarny  Tel. komórkowy  E-mail

<sup>1</sup> W przypadku rezydentów podatkowych z innych krajów niż Polska prosimy o dostarczenie certyfikatu rezydencji podatkowej. W przypadku „Podatników USA” w rozumieniu Kodeksu Podatkowego USA należy wpisać „Podatnik USA”. Uczestnik oświadcza, iż jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

## IV. WNIOSEK O ZMIANĘ ZAKRESU UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data obowiązywania zmiany  -  -

Wybór kategorii

Koszt ochrony  ,  zł

Część składki regularnej finansowana przez Ubezpieczającego:  ,  zł

Kapitałowa część składki (w przypadku umów z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi):  ,  zł

W przypadku, gdy suma ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia prosimy o podanie jego miesięcznej wysokości:  ,  zł





VII. DANE PARTNERA UCZESTNIKA<sup>2</sup>  Wskazanie partnera  Odwołanie partnera  Zmiana danych partnera

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć  kobieta  mężczyzna

PESEL  Data urodzenia (d-m-r)  -  -  Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości  Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)  Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)  -  -

Ulica

Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość

Kod pocztowy  -  Poczta  Kraj

Numer telefonu

<sup>2</sup> Partner Uczestnika – osoba niespokrewniona z uczestnikiem, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W przypadku gdy uczestnik wskazuje partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa dotyczyć będzie wyłącznie osoby partnera.

Data (d-m-r)  -  -  Czytelny podpis Uczestnika

ZGODY DOBROWOLNE

**Zgoda na obsługę elektroniczną**  
 TAK  NIE Zgadzam się, żeby Allianz przysyłał wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich moich umów ubezpieczenia i umów zawartych na moją rzecz – w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń, które przysługują z tych umów – na ostatni adres e-mail, który wskazałem(-am) Allianz.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych**  
 TAK  NIE Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane<sup>3</sup> oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach również z innymi pozyskanymi danymi.

**Zgoda na przesyłanie informacji handlowych**  
 TAK  NIE Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

**Zgoda na kontakt telefoniczny**  
 TAK  NIE Zgadzam się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

<sup>3</sup> Podmioty powiązane – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze inwestycyjne, Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

Data (d-m-r)  -  -  Czytelny podpis Uczestnika