

Numer umowy ubezpieczenia

Numer świadczenia



OŚWIADCZENIE
DANE BENEFICJENTA RZECZYWISTEGO/REPREZENTANTA

☐ Zmiana danych

I Dane ubezpieczającego/uprawnionego

<input type="text"/>		
Nazwa		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIP	Państwo rejestracji, nazwa właściwego rejestru oraz numer i data rejestracji (uzupełnić w przypadku braku NIP)	REGON

II Dane beneficjenta rzeczywistego

1.

Imię i nazwisko

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obywatelstwo 1	Obywatelstwo 2	Rodzaj dokumentu tożsamości	Seria i nr dokumentu tożsamości
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> bezterminowy	<input type="text"/>
Data wydania dokumentu tożsamości	Data ważności dokumentu tożsamości		Kraj wydania dokumentu tożsamości

Adres stałego zamieszkania:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Nr domu/lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kraj

2.

Imię i nazwisko

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obywatelstwo 1	Obywatelstwo 2	Rodzaj dokumentu tożsamości	Seria i nr dokumentu tożsamości
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> bezterminowy	<input type="text"/>
Data wydania dokumentu tożsamości	Data ważności dokumentu tożsamości		Kraj wydania dokumentu tożsamości

Adres stałego zamieszkania:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Nr domu/lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kraj

3.

Imię i nazwisko

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obywatelstwo 1	Obywatelstwo 2	Rodzaj dokumentu tożsamości	Seria i nr dokumentu tożsamości
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> bezterminowy	<input type="text"/>
Data wydania dokumentu tożsamości	Data ważności dokumentu tożsamości		Kraj wydania dokumentu tożsamości

Adres stałego zamieszkania:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Nr domu/lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kraj

4.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obywatelstwo 1	Obywatelstwo 2	Rodzaj dokumentu tożsamości	Seria i nr dokumentu tożsamości
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> bezterminowy	<input type="text"/>
Data wydania dokumentu tożsamości	Data ważności dokumentu tożsamości		Kraj wydania dokumentu tożsamości

Adres stałego zamieszkania:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Nr domu/lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

III Dane osoby reprezentującej

1.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Kraj urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jeśli zmienią się podane przeze mnie informacje dotyczące beneficjentów rzeczywistych, jak najszybciej poinformuję o tym PZU Życie SA.
Wyślę tę informację na aml@pzu.pl

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Podpis osoby składającej oświadczenie