

Numer umowy ubezpieczenia

Numer świadczenia

OŚWIADCZENIE DANE BENEFICJENTA RZECZYWISTEGO/REPREZENTANTA

Zmiana danych

I Dane ubezpieczającego/uprawnionego

Nazwa

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

PESEL

Obywatelstwo 1

Data wydania dokumentu tożsamości

Data urodzenia

Obywatelstwo 2

Data ważności dokumentu tożsamości

Kraj urodzenia

Rodzaj dokumentu tożsamości

bezterminowy

Seria i nr dokumentu tożsamości

Kraj wydania dokumentu tożsamości

**Adres stałego
zamieszkania:**

Ulica

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Nr domu/lokalu

2.

Imię i nazwisko

PESEL

Obywatelstwo 1

Data wydania dokumentu tożsamości

Data urodzenia

Obywatelstwo 2

Data ważności dokumentu tożsamości

Kraj urodzenia

Rodzaj dokumentu tożsamości

bezterminowy

Seria i nr dokumentu tożsamości

Kraj wydania dokumentu tożsamości

**Adres stałego
zamieszkania:**

Ulica

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Nr domu/lokalu

3.

Imię i nazwisko

PESEL

Obywatelstwo 1

Data wydania dokumentu tożsamości

Data urodzenia

Obywatelstwo 2

Data ważności dokumentu tożsamości

Kraj urodzenia

Rodzaj dokumentu tożsamości

bezterminowy

Seria i nr dokumentu tożsamości

Kraj wydania dokumentu tożsamości

**Adres stałego
zamieszkania:**

Ulica

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Nr domu/lokalu

4.
Imię i nazwisko
 PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia
 Obywatelstwo 1 Obywatelstwo 2 Rodzaj dokumentu tożsamości Seria i nr dokumentu tożsamości
 Data wydania dokumentu tożsamości Data ważności dokumentu tożsamości bezterminowy Kraj wydania dokumentu tożsamości

**Adres stałego
zamieszkania:**

Ulica Nr domu/lokalu
 Miejscowość Kod pocztowy Kraj

III Dane osoby reprezentującej

1.
Imię i nazwisko
 PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia

2.
Imię i nazwisko
 PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia

3.
Imię i nazwisko
 PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia

4.
Imię i nazwisko
 PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia

5.
Imię i nazwisko
 PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia

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

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie