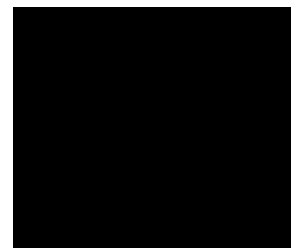


Numer umowy ubezpieczenia

 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 Data urodzenia Kraj urodzenia

Obywatelstwo 1 Obywatelstwo 2 Rodzaj dokumentu tożsamości Seria i nr dokumentu tożsamości

bezterminowy
 Data wydania dokumentu tożsamości Data ważności dokumentu tożsamości Kraj wydania dokumentu tożsamości

Adres stałego zamieszkania:
 Ulica Nr domu/lokalu

Miejscowość Kod pocztowy Kraj

2.

Imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia

Obywatelstwo 1 Obywatelstwo 2 Rodzaj dokumentu tożsamości Seria i nr dokumentu tożsamości

bezterminowy
 Data wydania dokumentu tożsamości Data ważności dokumentu tożsamości Kraj wydania dokumentu tożsamości

Adres stałego zamieszkania:
 Ulica Nr domu/lokalu

Miejscowość Kod pocztowy Kraj

3.

Imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia Kraj urodzenia

Obywatelstwo 1 Obywatelstwo 2 Rodzaj dokumentu tożsamości Seria i nr dokumentu tożsamości

bezterminowy
 Data wydania dokumentu tożsamości Data ważności dokumentu tożsamości Kraj wydania dokumentu tożsamości

Adres stałego zamieszkania:
 Ulica Nr domu/lokalu

Miejscowość Kod pocztowy Kraj

4.
Imię i nazwisko

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

**Adres stałego
zamieszkania:**

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

III Dane osoby reprezentującej

1.
Imię i nazwisko

<input type="text"/> PESEL	<input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> Kraj urodzenia
-------------------------------	--	--

2.
Imię i nazwisko

<input type="text"/> PESEL	<input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> Kraj urodzenia
-------------------------------	--	--

3.
Imię i nazwisko

<input type="text"/> PESEL	<input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> Kraj urodzenia
-------------------------------	--	--

4.
Imię i nazwisko

<input type="text"/> PESEL	<input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> Kraj urodzenia
-------------------------------	--	--

5.
Imię i nazwisko

<input type="text"/> PESEL	<input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> Kraj urodzenia
-------------------------------	--	--

Jeśli zmienią się podane przeze mnie informacje dotyczące beneficjentów rzeczywistych, jak najszybciej poinformuję o tym
Wyślę tę informację na

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie