

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"/>	<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 zmienia się podane przeze mnie informacje dotyczące beneficjentów rzeczywistych, jak najszybciej poinformuję o tym PZU Życie SA.  
Wyślę tę informację na [aml@pzu.pl](mailto:aml@pzu.pl)

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