



nationale
nederlanden

Aktualizacja danych

Po zalogowaniu do portalu e-klient na stronie www.nn.pl można uzyskać informacje o polisie, jak również dokonać aktualizacji danych teleadresowych.



Numer Umowy

1. Ubezpieczający

Nazwisko i imię /
Nazwa

Numer
kierunkowy kraju

Telefon
kontaktowy

E-mail

Seria i numer dowodu
osobistego / paszportu

Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Dowód osobisty

Paszport

PESEL

KRS / REGON*

* Pole wymagane również dla osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.

2. Ubezpieczony

Nazwisko i imię

Seria i numer dowodu
osobistego / paszportu

Data ważności dowodu osobistego / paszportu

Dowód osobisty

Paszport

PESEL

Numer

kierunkowy kraju

Telefon
kontaktowy

E-mail

3. Upoważnienia

Zgadzam się na świadczenie usług przez Towarzystwo w sprawach związanych z zawartą umową ubezpieczenia w Towarzystwie za pomocą środków komunikacji elektronicznej: telefonu, poczty e-mail, portalu e-klient, Internetu i systemu IVR, na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu Internetowego e-klient.

Wyrażam zgodę
Ubezpieczający Ubezpieczony

Tak ☐

Tak ☐

Zgadzam się na otrzymywanie informacji rocznej o wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia w Towarzystwie za pośrednictwem: portalu e-klient, innego trwałego nośnika, środków komunikacji elektronicznej.

Tak ☐

W przypadku wyrażenia zgody prosimy o odpowiednie zaznaczenie powyżej. Brak takiego zaznaczenia skutkuje obowiązywaniem wcześniejszego oświadczenia w zakresie zgody.

4. Rachunek bankowy do zwrotów

Dotyczy wszystkich polis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

☐

Numer rachunku
bankowego

Dane właściciela
rachunku
(imię, nazwisko
lub nazwa, adres)

Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa i adres Banku

Kod BIC (SWIFT)

Waluta

5. Zmiana danych

Ubezpieczającego

☐

Ubezpieczonego

☐

A) Zmiana adresu korespondencyjnego

Nowy adres
korespondencyjny /
Nowy adres siedziby*

Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

* Dotyczy wszystkich umów Ubezpieczającego / Ubezpieczonego.

B) Zmiana adresu zamieszkania

Nowy adres
zamieszkania

Ulica	Nr domu / Nr budynku	Nr mieszkania / Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj

Nowe nazwisko** /
Nowa nazwa
Ubezpieczającego
będącego osobą prawną

C) Zmiana nazwiska / nazwy

** Prosimy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego zmianę, np. kopię dowodu osobistego, kopię aktu małżeństwa.

D) Zmiana numeru dokumentu tożsamości

Seria i numer dowodu
osobistego /
paszportu***

Data ważności dowodu
osobistego / paszportu

*** Prosimy dołączyć kopię dokumentu tożsamości.

E) Aktualizacja rezydencji podatkowej

Kraj rezydencji
podatkowej****

Polska ☐ inny (jaki?)

Numer TIN

TIN nie został nadany

☐

**** Przez kraj rezydencji podatkowej należy rozumieć kraj, w którym podlega się opodatkowaniu od całości dochodów zgodnie z przepisami prawa wewnętrznego tego kraju, ze względu na miejsce zamieszkania lub inne kryterium o podobnym charakterze.

W przypadku zmiany statusu FATCA / CRS dla podmiotu niezbędne jest wypełnienie załącznika „Oświadczenie o statusie FATCA / CRS dla osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej”.

Ubezpieczający oświadcza, że jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuje się do niezwłocznej aktualizacji niniejszych oświadczeń w zakresie statusu FATCA / CRS w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie utraciło ważność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji złożonego oświadczenia.

6. Zmiana osób Uposażonych (wypełnia osoba wskazana poniżej)

Podanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z unieważnieniem Uposażonych wskazanych uprzednio.

* O ile Ogólne Warunki Ubezpieczenia / Aneks do Umowy nie stanowi inaczej, wskazanie Uposażonych przez Ubezpieczającego wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego.

(nie dotyczy umowy Gwarantowana Emerytura+)

Suma udziałów: 100%

(dotyczy umowy Gwarantowana Emerytura+)

W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone pozostającemu przy życiu Uposażonemu głównemu, a w przypadku jego braku Uposażonemu dodatkowemu.

7. Pozostałe upoważnienia

c) poczty elektronicznej.

3. Podpis osoby uprawnionej

Prosimy złożyć podpis zgodny ze wzorem podpisu.

Oświadczenie Przedstawiciela Towarzystwa

(dotyczy sytuacji, gdy wniosek jest składany w obecności Przedstawiciela Towarzystwa)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście w mojej obecności. Zweryfikowałem tożsamość ww. osób na podstawie dokumentów:

Podpis i pieczęć Przedstawiciela Towarzystwa