

Dane dotychczasowego Ubezpieczającego:

Imię i nazwisko (w przypadku firmy dane osoby reprezentującej)
Nazwa firmy (jeśli dotyczy)
PESEL:
NIP (dotyczy innych podmiotów niż osoba fizyczna):
Państwo urodzenia
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne (proszę podać jakie)
Seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)
Telefon
Adres e-mail

Dane nowego Ubezpieczającego:

Imię i nazwisko (w przypadku firmy dane osoby reprezentującej)
Nazwa firmy (jeśli dotyczy)
PESEL:
NIP (dotyczy innych podmiotów niż osoba fizyczna):
Państwo urodzenia
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne (proszę podać jakie)
Seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)
Telefon
Adres e-mail

W przypadku innych podmiotów niż osoba fizyczna, prosimy o podanie beneficjenta rzeczywistego¹:

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

Imię i nazwisko
PESEL:
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL
Państwo urodzenia
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne (proszę podać jakie)
Seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

Imię i nazwisko
PESEL:
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL
Państwo urodzenia
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne (proszę podać jakie)
Seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania

¹ **Beneficjent rzeczywisty** – rozumie się przez to każdą osobę fizyczną sprawującą bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad Klientem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez Klienta lub każdą osobę fizyczną, w imieniu której są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna – zob. ustawa AML

OŚWIADCZENIA NOWEGO UBEZPIECZAJĄCEGO

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

OŚWIADCZENIE O ZAJMOWANIU EKSPONOWANEGO STANOWISKA

Oświadczam, iż jestem osobą fizyczną, zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP)*

☐ tak ☐ nie

W przypadku zaznaczenia „Tak”, prosimy o podanie źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy ubezpieczenia:

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy ubezpieczenia

☐ umowa o pracę ☐ działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód ☐ darowizna ☐ spadek ☐ kredyt

☐ wygrana losowa ☐ emerytura/renta ☐ inne

*PEP Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne (PEP) – rozumie się przez to osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, zgodnie z ustawą z dn. 1 marca 2018 o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

OŚWIADCZENIE O REZYDENCJI PODATKOWEJ

Czy jesteś rezydentem podatkowym w więcej niż jednym kraju? ☐ tak ☐ nie

Jeśli „Tak”, podaj wszystkie kraje rezydencji podatkowej oraz odpowiadające im numery TIN*:

Miejsce urodzenia:

Kraj

Miejscowość

Kraj rezydencji podatkowej

Numer identyfikacji podatkowej (TIN)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ Kraj nie wydał TIN (Proszę podać powód braku TIN)

.....

*Tax Identification Number – odpowiednik NIP kraju rezydencji podatkowej

OŚWIADCZENIE FATCA*

1. Czy jesteś obywatelem USA lub masz status rezydenta podatkowego USA?

☐ tak ☐ nie

2. Jeśli „Tak”, podaj swój numer identyfikacji podatkowej USA (TIN):

3. Jeśli „Nie”, czy posiadasz którykolwiek z poniższych powiązań z USA?

☐ Miejsce urodzenia w USA ☐ tak ☐ nie

☐ Adres zamieszkania w USA ☐ tak ☐ nie

☐ Numer telefonu w USA ☐ tak ☐ nie

*Podstawa prawna:

– Ustawa z dnia 9.10.2015r. o wykonywaniu umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej, a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA,

– Ustawa z dnia 9.03.2017r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS).

Podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z wymienionych warunków:

– posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa),

– uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta),

– dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA,

– przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni.

Oświadczenia i podpis

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Prévoir o wszelkich zmianach w podanych danych.

Data:

Podpis nowego Ubezpieczającego:.....

ZGODA NA OTRZYMYWANIE OD PRÉVOIR INFORMACJI OBSŁUGOWYCH, DOTYCZĄCYCH UMOWY UBEZPIECZENIA, DROGĄ ELEKTRONICZNĄ ORAZ

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PRÉVOIR-VIE Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce (dalej: "Prévoir"), informacji i dokumentów związanych z zawartą umową ubezpieczenia, w tym:

- polisy i jej zmian,
- informacji o wysokości przysługujących świadczeń i zmianach w zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
- informacji o wartości wykupu (o ile umowa taką przewiduje)
- dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Prévoir lub wysokości należnego świadczenia,
- informacji o statusie rozpatrywania roszczenia,
- wezwań do zapłaty, potwierdzeń wpłat oraz informacji dotyczących skutków nieopłacenia składki.

Informacje te mogą być przekazywane za pośrednictwem następujących kanałów komunikacji:

- ☐ w formie wiadomości e-mail lub plików załączonych do wiadomości e-mail (trwałych nośników) na podany przeze mnie adres e-mail
- ☐ w formie wiadomości SMS/MMS na podany przeze mnie numer telefonu
- ☐ w formie połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna lub komunikaty głosowe) na podany przeze mnie numer telefonu. Zostałem poinformowany/-a, że takie połączenia mogą być nagrywane i przechowywane przez Prévoir w celach dowodowych.

- ☐ TAK, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji w sposób wskazany powyżej
- ☐ NIE, wyrażam wolę otrzymywania informacji w formie papierowej na wskazany przeze mnie adres korespondencyjny (Wybór tej opcji wiąże się z koniecznością podania adresu do korespondencji i może skutkować wydłużeniem czasu doręczenia informacji)

- Oświadczam, że wyrażam zgodę dobrowolnie i że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości jej wycofania w dowolnym momencie kontaktując się z Prévoir. Wycofanie zgody nie wpływa na ważność umowy ubezpieczenia, jednak brak zgody będzie skutkował koniecznością korzystania z tradycyjnej formy komunikacji (listownej), co może wydłużyć czas otrzymywania informacji.
- Zobowiązuję się do niezwłocznej aktualizacji moich danych kontaktowych w przypadku ich zmiany, poprzez wysłanie do Prévoir formularza zamiany danych kontaktowych lub dokonanie aktualizacji samodzielnie po zalogowaniu się na moje konto Klienta na stronie www.prevoir.pl.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a o przysługujących mi prawach dotyczących moich danych osobowych, w tym o prawie dostępu do danych, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także o prawie wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Miejscowość i data: Podpis nowego Ubezpieczającego:.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PRÉVOIR-VIE Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce (dalej: "Prévoir") moich danych osobowych w celu przesyłania mi zgodnie z poniższym wyborem informacji marketingowych, polegających na otrzymywaniu ofert dotyczących produktów i usług oferowanych przez Prévoir. Zgoda obejmuje także profilowanie w celu określenia preferencji i potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych oraz kontakt w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług ubezpieczeniowych Prévoir:

- ☐ w formie wiadomości e-mail lub plików załączonych do wiadomości e-mail (trwałych nośników) na podany przeze mnie adres e-mail,
- ☐ w formie wiadomości SMS/MMS na podany przeze mnie numer telefonu,
- ☐ w formie połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna lub komunikaty głosowe), wykonanych podany przez mnie numer telefonu, które będą nagrywane i przechowywane przez Prévoir w celach dowodowych.

☐ tak ☐ nie

Oświadczam iż moja zgoda została wyrażona dobrowolnie oraz że zostałem/-am poinformowany/-a o przysługujących mi prawach dotyczących moich danych osobowych, w tym o prawie dostępu do danych, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Oświadczam również, że zostałem/-am poinformowany/-a o prawie do cofnięcia zgody marketingowej w każdym czasie.

Miejscowość i data: Podpis nowego Ubezpieczającego:.....

1. Na mocy niniejszej umowy nowy ubezpieczający wstępuje w miejsce dotychczasowego ubezpieczającego w zakresie uregulowanym umową ubezpieczenia zawartą pomiędzy Prévoir a dotychczasowym ubezpieczającym.
2. Nowy ubezpieczający oświadcza, że znana mu jest treść umowy ubezpieczenia, w tym treść ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta, szczegółowo zapoznał się z warunkami umowy ubezpieczenia i w pełni je akceptuje.
3. Dotychczasowy ubezpieczający przelewa na rzecz nowego ubezpieczającego swoją wierzytelność wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia.
4. Nowy ubezpieczający przejmuje wszelkie zobowiązania wynikające z umowy ubezpieczenia.
5. Na mocy niniejszej umowy nowy ubezpieczający staje się stroną umowy ubezpieczenia.
6. Umowa wchodzi w życie po zaakceptowaniu jej przez Prévoir.

Data: __/__/____ Czytelny podpis nowego Ubezpieczającego:

Data: __/__/____ Czytelny podpis dotychczasowego Ubezpieczającego:

Data: __/__/____ Czytelny podpis Ubezpieczonego:

Po wypełnieniu prosimy przesłać niniejszy formularz na adres:

Prévoir Vie - Groupe Prévoir S.A.- Oddział w Polsce
Ul. Emilii Plater 28
00-688 Warszawa

Tel. (22) 572 80 00
kontakt@prevoir.pl
prevoir.pl