

OŚWIADCZENIE INNYCH CZŁONKÓW RODZINY

4Life Direct Sp. z o.o.
Dział Odszkodowań
ul. Chmielna 132/134
00-805 Warszawa

OŚWIADCZENIE DO POLISY NR _____

SPRAWA NR _____

Ja niżej podpisany(a) _____
(imię/ imiona i nazwisko)

zamieszkały(a) _____ nr tel. _____
(ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

legitymujący(a) się dowodem osobistym nr _____ PESEL _____
(seria i numer dowodu osobistego)

Oświadczam, że w stosunku do _____
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

data urodzenia: ____ - ____ - ____ data zgonu: ____ - ____ - ____

jestem mężem/ żoną/ synem/ córką/ wnukiem/ rodzicem/ innym krewnym* _____
(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

Ponadto oświadczam, że na dzień zgonu Pan/i _____
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

posiadał(a) małżonka* / dzieci* / wnuki* / rodziców* / rodzeństwo* / innych krewnych*

Proszę podać dane tylko tych członków rodziny, których dotyczy powyższe oświadczenie (imię i nazwisko, numer telefonu)
– (w przypadku braku miejsca prosimy uzupełnić dane na dodatkowej karcie, potwierdzając datą i podpisem)

■ **małżonek:** _____ ;

■ **dzieci** (jeśli brak współmałżonka): – liczba dzieci _____ ;

■ **wnuki** (jeśli brak współmałżonka i dzieci): – liczba wnuków _____ ;

■ **rodzice** (jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków): _____ ;

■ **rodzeństwo** (jeśli brak osób wymienionych powyżej): _____ ;

■ **inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego** (jeśli brak osób wymienionych powyżej): _____ ;

* niepotrzebne skreślić

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są prawdziwe i wyczerpujące. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej będą przetwarzane przez 4Life Direct Sp. z o.o. działającą w imieniu Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., w zakresie realizacji procedury wypłaty świadczenia. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz mam prawo do wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

	____ - ____ - ____		PODPISZ TUTAJ
Miejscowość	Data wypełnienia wniosku	Podpis	