

Zgoda na obciążanie rachunku _____ *

Dotyczy: polisy/wniosku/certyfikatu/deklaracji** nr _____

Dane wierzyciela:

Nazwa i adres wierzyciela TU ALLIANZ ŻYCIE POLSKA S.A., UL. RODZINY HISZPAŃSKICH 1, 02-685 WARSZAWA

Identyfikator wierzyciela NIP 5 2 7 1 7 5 4 0 7 3

Dane Klienta

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ NIP*** _____

Adres zameldowania/siedziby firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ – Poczta _____ Kraj _____

Niniejszym wyrażam zgodę na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami z tytułu zobowiązań wynikających z wyżej wymienionej umowy lub umów ubezpieczenia wobec ww. wierzyciela, a w szczególności: składkami regularnymi podstawowymi i dodatkowymi, składkami indeksacyjnymi, opłatami wznovníeniowymi (administracyjnymi) i polisową, wymaganymi na dzień realizowania polecenia zapłaty.

Bank/Oddział prowadzący rachunek Klienta _____

Numer rachunku Klienta _____

Typ podmiotu**** osoba fizyczna nie wykonująca działalności gospodarczej pozostaliIdentyfikator płatności A Z P _____ *

Oświadczenie Klienta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie – w celu regulowania płatności składek ubezpieczeniowych.

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku na obciążenie mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu zobowiązań wobec ww. wierzyciela. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Data

Miejscowość

Podpis Klienta – posiadacza rachunku bankowego, zgodny z kartą wzorów podpisów złożoną w banku

* Pole wypełnia Allianz.

** Niepotrzebne skreślić.

*** W przypadku osób fizycznych numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.

**** Prosimy zaznaczyć właściwy status.