



WNIOSEK O ZMIANĘ OSÓB UPOSAŻONYCH W UMOWIE I RACHUNKACH DEDYKOWANYCH

NUMER POLISY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE /POLE WYMAGANE/

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO <input type="text"/>	DATA URODZENIA /POLE WYMAGANE/ <input type="text"/>
IMIĘ / IMIONA <input type="text"/>	NUMER PESEL /POLE WYMAGANE/ <input type="text"/>

/POLE WYMAGANE/

DOTYCZY UMOWY GŁÓWNEJ

DOTYCZY WSZYSTKICH RACHUNKÓW DEDYKOWANYCH

DOTYCZY RACHUNKU DEDYKOWANEGO

KOD RACHUNKU

ZŁOŻENIE NINIEJSZEJ DYSPOZYCJI POWODUJE JEDNOCZESNE ODWOŁANIE WSZYSTKICH WCZEŚNIEJSZYCH WSKAZAŃ BENEFICJENTÓW

UPOSAŻENI /ODWOŁANIE DOTYCHCZASOWYCH UPOSAŻONYCH I WSKAZANIE NOWYCH/

1	NAZWISKO <input type="text"/>	PŁEĆ (K/M) <input type="text"/>	DATA URODZENIA <input type="text"/>	UDZIAŁ W PROC. <input type="text"/>
	IMIĘ <input type="text"/>	POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ <input type="text"/>		<input type="text"/>
2	NAZWISKO <input type="text"/>	PŁEĆ (K/M) <input type="text"/>	DATA URODZENIA <input type="text"/>	UDZIAŁ W PROC. <input type="text"/>
	IMIĘ <input type="text"/>	POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ <input type="text"/>		<input type="text"/>
3	NAZWISKO <input type="text"/>	PŁEĆ (K/M) <input type="text"/>	DATA URODZENIA <input type="text"/>	UDZIAŁ W PROC. <input type="text"/>
	IMIĘ <input type="text"/>	POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ <input type="text"/>		<input type="text"/>
				SUMA 100%

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY /ODWOŁANIE DOTYCHCZASOWYCH UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH I WSKAZANIE NOWYCH/

1	NAZWISKO <input type="text"/>	PŁEĆ (K/M) <input type="text"/>	DATA URODZENIA <input type="text"/>	UDZIAŁ W PROC. <input type="text"/>
	IMIĘ <input type="text"/>	POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ <input type="text"/>		<input type="text"/>
2	NAZWISKO <input type="text"/>	PŁEĆ (K/M) <input type="text"/>	DATA URODZENIA <input type="text"/>	UDZIAŁ W PROC. <input type="text"/>
	IMIĘ <input type="text"/>	POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/ <input type="text"/>		<input type="text"/>
				SUMA 100%

PISEMNE POTWIERDZENIE DOKONANYCH ZMIAN DANYCH

PROSIMY ZAZNACZYĆ POLE W PRZYPADKU CHĘCI OTRZYMANIA POTWIERDZENIA DOKONANYCH ZMIAN

DODATKOWE DEKLARACJE UBEZPIECZONEGO - ZAZNACZENIE POLA I ZŁOŻENIE PODPISU OZNACZA ZGODĘ

ZGADZAM SIĘ NA:

przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez spółki Grupy Aviva¹ oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach, również z innymi pozyskanymi danymi.

przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty współpracujące ze spółkami Grupy Aviva.¹

Powyższa zgoda obejmuje przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do nich oraz ich poprawiania.

¹ Grupa Aviva - Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4b, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

PODPIS UBEZPIECZONEGO /
PODPIS PRZEDSTAWICIELA UBEZPIECZANEGO DZIECKA

DATA PODPISANIA