FORMULARZ ZMIANY DANYCH UCZESTNIKA OTWARTEGO FUNDUSZU EMERYTALNEGO

AVIVA

NR RACHUNKU

DANE UCZESTNIKA FUNDUSZU (zgodnie z umową przystąpienia do Funduszu lub ostatnio zgłoszoną zmianą)

Nazwisko

Imię

Drugie imię

Nr PESEL

809

SPOSÓB WYSYŁKI LISTU O STANIE RACHUNKU

BĄDŹ EKOLOGICZNY – WYBIERZ WYCIĄG ELEKTRONICZNY

Dzięki zmianie ustawy o OFE od 01.01.2012 r. Klient Aviva OFE ma możliwość wyboru formy otrzymywania okresowej informacji o stanie rachunku emerytalnego oraz informacji na żądanie. Forma elektroniczna to nowy, wygodny i bezpieczny sposób otrzymywania informacji w postaci pliku elektronicznego przesyłanego na wskazany przez Klienta adres e-mail. Wykaz elektroniczny zawiera takie same informacje jak wersja papierowa. Zachęcamy do wyboru formy elektronicznej.

Dla rocznej informacji o stanie rachunku wybieram: **e-mail** ☐ *(pamiętaj o podaniu adresu e-mail)* **papierowy list** ☐

Dla informacji o stanie rachunku wysyłanej na żądanie wybieram: **e-mail** ☐ *(pamiętaj o podaniu adresu e-mail)* **papierowy list** ☐

AKTUALNE DANE OSOBOWE UCZESTNIKA FUNDUSZU (dotyczy tylko tych danych, które uległy zmianie)

Nazwisko

Imię

Drugie imię

Data urodzenia D D - M M - R R R R

Nr PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości

Dowód osobisty ☐ Paszport ☐

Seria i numer dokumentu tożsamości

AKTUALNY ADRES DO KORESPONDENCJI (dotyczy jedynie sytuacji, gdy dane uległy zmianie, należy podać pełny adres)

Miejscowość

Ulica *(Jeśli nie ma ulic o odrębnych nazwach, należy wpisać nazwę miejscowości)*

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy -

Poczta

Nr telefonu stacjonarnego 0 -

Nr telefonu komórkowego 0 -

E-mail

AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA (dotyczy jedynie sytuacji, gdy dane uległy zmianie, należy podać pełny adres)

Miejscowość

Ulica *(Jeśli nie ma ulic o odrębnych nazwach, należy wpisać nazwę miejscowości)*

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy -

Poczta

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE UREGULOWANIA MAŁŻEŃSKICH STOSUNKÓW MAJĄTKOWYCH

(dotyczy jedynie sytuacji, gdy nastąpiła zmiana w stosunku do poprzedniego wskazania)

☐ powstanie ustawowej wspólności majątkowej od dnia: D D - M M - R R R R

☐ ustanie ustawowej wspólności majątkowej od dnia: D D - M M - R R R R

☐ inny sposób uregulowania stosunków majątkowych od dnia: D D - M M - R R R R

DYSPOZYCJA KORZYSTANIA Z USŁUGI KONTO ON-LINE

Niniejszym składam dyspozycję korzystania z usługi Konto on-line i oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminami obowiązującymi przy jej wykorzystaniu: TAK ☐

DYSPOZYCJA WSKAZANIA BENEFICJENTÓW

(Suma udziałów wszystkich wskazanych beneficjentów nie może przekroczyć 100%)

☐ **Wskazuję wszystkich aktualnych beneficjentów. Złożenie niniejszej dyspozycji powoduje jednoczesne odwołanie wszystkich wcześniejszych wskazań beneficjentów.**

☐ **Uzupełniam listę beneficjentów wskazanych w umowie przystąpienia do Funduszu.**

BENEFICJENT NR 1 (prosimy wypełnić wszystkie pola)

Pan ☐ Pani ☐ Nazwisko

Imię | Data urodzenia (D D - M M - R R R R) | Udział procentowy %

Ulica *(Jeśli nie ma ulic o odrębnych nazwach, należy wpisać nazwę miejscowości)* | Nr domu | Nr mieszkania

Kod pocztowy (-) | Miejscowość

BENEFICJENT NR 2 (prosimy wypełnić wszystkie pola)

Pan ☐ Pani ☐ Nazwisko

Imię | Data urodzenia (D D - M M - R R R R) | Udział procentowy %

Ulica *(Jeśli nie ma ulic o odrębnych nazwach, należy wpisać nazwę miejscowości)* | Nr domu | Nr mieszkania

Kod pocztowy (-) | Miejscowość

BENEFICJENT NR 3 (prosimy wypełnić wszystkie pola)

Pan ☐ Pani ☐ Nazwisko

Imię | Data urodzenia (D D - M M - R R R R) | Udział procentowy %

Ulica *(Jeśli nie ma ulic o odrębnych nazwach, należy wpisać nazwę miejscowości)* | Nr domu | Nr mieszkania

Kod pocztowy (-) | Miejscowość

Jeżeli suma udziałów wszystkich wskazanych beneficjentów jest mniejsza niż 100%, a zamiarem Uczestnika Funduszu jest, aby pozostałe środki weszły w skład spadku, niezbędne jest jego pisemne oświadczenie w tej sprawie.
W przypadku woli wskazania większej liczby beneficjentów, należy złożyć odrębne oświadczenie według powyższego wzoru i przekazać je razem z niniejszą dyspozycją.

D D - M M - R R R R
Data oświadczenia

Podpis Klienta
Podpis Uczestnika Funduszu lub Przedstawiciela

DEKLARACJA DODATKOWA, NIESTANOWIĄCA ELEMENTU UMOWY ANI ZMIANY DANYCH

Zgadzam się na:

☐ Przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez spółki Grupy Aviva 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.

Powyższa zgoda obejmuje przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do nich oraz ich poprawiania.
Grupa Aviva – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 44, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

Podpis Klienta
Podpis Uczestnika Funduszu lub Przedstawiciela