

Kod kreskowy – Placówka Avivy

Kod kreskowy – Biuro Główne Avivy

FORMULARZ ZMIAN DANYCH UCZESTNIKA

numer polisy

Wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkich informacji dotyczących wszystkich umów ubezpieczenia, w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tych umów, drogą elektroniczną, na ostatni wskazany przeze mnie adres e-mail.

I. Dane Ubezpieczającego

nazwa firmy

pieczęć Ubezpieczającego

II. Zmiana danych uczestnika

nazwisko

poprzednie nazwisko w przypadku zmiany

imię

drugie imię

obywatelstwo

data urodzenia

płeć K/M

PESEL

nr dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości

III. Zmiana danych adresowych

kraj rezydencji podatkowej (jeśli inny niż Polska)¹

nr identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji

ulica (adres zamieszkania)

nr domu

nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

nr telefonu

adres e-mail

wykształcenie

zawód wyuczony

zawód wykonywany wraz z opisem (w szczególności pracy fizycznej)

¹ W przypadku rezydentów podatkowych z innych krajów niż Polska prosimy o dostarczenie certyfikatu rezydencji podatkowej. W przypadku „Podatników USA” w rozumieniu Kodeksu Podatkowego USA należy wpisać „Podatnik USA”. Uczestnik oświadcza, iż jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

IV. Zmiana zakresu ubezpieczenia

Wybór kategorii (nr):

Część składki regularnej finansowana przez Ubezpieczającego:

Koszt ochrony ubezpieczeniowej:

W przypadku, gdy suma ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia prosimy o podanie jego miesięcznej wysokości:

Kapitałowa część składki¹:

Data wymagalności

¹ dotyczy tylko umów z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi Zmiana kategorii jest możliwa jedynie w przypadku spełnienia zasad kwalifikacji wynikających z OWU oraz w przypadku zgłoszenia tego faktu Ubezpieczającemu

Potwierdzam prawdziwość danych wskazanych w pkt. I – IV

data

Za Ubezpieczającego – podpis osoby upoważnionej

V. Zmiana uposażonych głównych

1. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
2. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>

VI. Zmiana uposażonych zastępczych

1. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
2. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>

VII. Dane Partnera Uczestnika²

wskazanie partnera	<input type="checkbox"/>	odwołanie partnera	<input type="checkbox"/>	zmiana danych partnera	<input type="checkbox"/>	
nazwisko	<input type="text"/>					
imię	<input type="text"/>	drugie imię	<input type="text"/>			
data urodzenia	<input type="text"/>	pieć K/M	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	
ulica (adres zamieszkania)	<input type="text"/>		nr domu	<input type="text"/>	nr lokalu	<input type="text"/>
kod pocztowy	<input type="text"/>	mięscowość	<input type="text"/>			

² Partner Uczestnika – osoba niespokrewniona z uczestnikiem, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W przypadku gdy uczestnik wskazuje partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa obejmować będzie wyłącznie osobę partnera.

VIII. Oświadczenie dobrowolne (zakreślenie poniższych odpowiedzi oznacza zgodę)

Wyrażam zgodę 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, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

data

czytelny podpis Uczestnika