Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Dział Obsługi Roszczeń
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa
Telecentrum: 801 888 444, (22) 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl

# WNIOSEK O ZMIANĘ OSÓB UPOSAŻONYCH
# dotyczy Terminowego Ubezpieczenia na Życie dla Klientów BGŻ S.A.

**NUMER POLISY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE** /POLE WYMAGANE/

**DANE UBEZPIECZONEGO**

NAZWISKO

DATA URODZENIA /POLE WYMAGANE/ d d - m m - r r r r

IMIĘ / IMIONA

NUMER PESEL /POLE WYMAGANE/

ZŁOŻENIE NINIEJSZEJ DYSPOZYCJI POWODUJE JEDNOCZESNE ODWOŁANIE WSZYSTKICH WCZEŚNIEJSZYCH WSKAZAŃ BENEFICJENTÓW **UPOSAŻENI** /ODWOŁANIE DOTYCHCZASOWYCH UPOSAŻONYCH I WSKAZANIE NOWYCH/

**1**
NAZWISKO
PŁEĆ (K/M) K M
DATA URODZENIA d d m m r r r r
UDZIAŁ W PROC.
IMIĘ
POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/

**2**
NAZWISKO
PŁEĆ (K/M) K M
DATA URODZENIA d d m m r r r r
UDZIAŁ W PROC.
IMIĘ
POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/

**3**
NAZWISKO
PŁEĆ (K/M) K M
DATA URODZENIA d d m m r r r r
UDZIAŁ W PROC.
IMIĘ
POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/

**4**
NAZWISKO
PŁEĆ (K/M) K M
DATA URODZENIA d d m m r r r r
UDZIAŁ W PROC.
IMIĘ
POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/

**5**
NAZWISKO
PŁEĆ (K/M) K M
DATA URODZENIA d d m m r r r r
UDZIAŁ W PROC.
IMIĘ
POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/

**SUMA 100%**

PODPIS UBEZPIECZONEGO /
PODPIS PRZEDSTAWICIELA

DATA PODPISANIA d d - m m - r r r r