



WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH OSOBOWYCH I ADRESOWYCH

NUMER POLISY (POLE WYMAGANE) DOTYCZY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

OSOBA WNIOSKUJĄCA O ZMIANĘ DANYCH (PROSIMY ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE)

(K/M) Ubezpieczony

Ubezpieczający

Firma

Przedstawiciel ustawy (rodzic)

DANE DOTYCHCZASOWE

Nazwisko / nazwa firmy

Data urodzenia (pole wymagane)

Imię

Nr PESEL (pole wymagane)

NIP

DANE PO ZMIANIE

Nazwisko / nazwa firmy

Imię

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

DANE KONTAKTOWE

Nr telefonu

E-mail

DODATKOWE DEKLARACJE UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZAJĄCEGO - 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

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.

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 osoby wnioskującej o zmiany / pieczęć firmy
i podpis osoby upoważnionej do jej reprezentowania