



WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH OSOBOWYCH I ADRESOWYCH

NUMER POLISY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE /POLE WYMAGANE/

OSOBA WNIOSKUJĄCA O ZMIANĘ DANYCH /PROSIMY ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE/

PŁEĆ K/MUBEZPIECZONY

UBEZPIECZAJĄCY

FIRMA

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/RODZIC

DANE DOTYCHCZASOWE

NAZWISKO / NAZWA FIRMY

DATA URODZENIA /POLE WYMAGANE/

IMIĘ / IMIONA

NUMER PESEL /POLE WYMAGANE/

DANE PO ZMIANIE

NAZWISKO / NAZWA FIRMY

DATA URODZENIA

IMIĘ / IMIONA

NUMER PESEL

NUMER NIP

DOWÓD
OSOBISTY

PASZPORT

KARTA
POBYTU

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY

ULICA

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

MIJSCOWOŚĆ

KOD POCZTOWY

POCZTA

DANE KONTAKTOWE

NR TELEFONU STACJONARNEGO

NR TELEFONU KOMÓRKOWEGO

ADRES E-MAIL /DRUKOWANE LITERY/

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

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.

UWAGI/KOMENTARZE

PODPIS OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O ZMIANĘ / PIECZĄTKA FIRMY
I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEJ REPREZENTOWANIA