



WNIOSEK O ZMIANĘ OSÓB UPOSAŻONYCH W UMOWIE I RACHUNKACH DEDYKOWANYCH

NUMER POLISY (POLE WYMAGANE) DOTYCZY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE _____

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko _____		Data urodzenia (pole wymagane) D D M M R R R R
Imię/Imiona _____		Nr PESEL (pole wymagane) _____
(Pole wymagane) Dotyczy umowy głównej _____	Dotyczy wszystkich rachunków dedykowanych _____	Dotyczy rachunku dedykowanego Kod rachunku _____

Złożenie niniejszej dyspozycji powoduje jednoczesne odwołanie wszystkich wcześniejszych wskazań Uposażonych

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) _____		100%

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY (ODWOŁANIE DOTYCHCZASOWYCH UPOSAŻONYCH I WSKAZANIE NOWYCH)

Wskazanie i zmiany Uposażonych zastępczych regulują ogólne warunki ubezpieczenia danej umowy. Jeśli jednak zmiana dotyczy umowy Twoje Życie, to dodatkowo wnioskuję o to, aby w przypadku braku Uposażonych świadczenie z tytułu mojej śmierci zostało w pierwszej kolejności wypłacone wskazanym poniżej Uposażonym zastępczym, a dopiero w przypadku braku Uposażonych zastępczych - osobom, które tworzą krąg moich ustawowych spadkobierców bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Uposażony zastępczy to osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych. Wypłata dla Uposażonych zastępczych nastąpi z zastosowaniem zasad ustalonych dla Uposażonych

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) _____		100%

PISEMNE POTWIERDZENIE DOKONANYCH ZMIAN DANYCH

Prosimy zaznaczyć pole w przypadku chęci otrzymania potwierdzenia dokonanych zmian

DODATKOWE DEKLARACJE UBEZPIECZONEGO – 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 Aviva¹.

Powyższa zgoda obejmuje przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do nich oraz ich poprawiania. 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.

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 ubezpieczonego
/podpis przedstawiciela ubezpieczonego dziecka

Data podpisania

D D M M R R R R