


WNIOSEK O ZMIANĘ OSÓB UPOSAŻONYCH W UMOWIE I RACHUNKACH DEDYKOWANYCH
NUMER POLISY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIĘ /POLE WYMAGANE/

--	--	--	--

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO												DATA URODZENIA /POLE WYMAGANE/																													
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>-</td><td>m</td><td>m</td><td>-</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td></tr> </table>						d	d	-	m	m	-	r	r	r	r		
d	d	-	m	m	-	r	r	r	r																																
IMIĘ / IMIONA												NUMER PESEL /POLE WYMAGANE/																													
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																	

/POLE WYMAGANE/

DOTYCZY UMOWY GŁÓWNEJ

DOTYCZY WSZYSTKICH RACHUNKÓW DEDYKOWANYCH

DOTYCZY RACHUNKU DEDYKOWANEGO

KOD RACHUNKU

--	--	--	--

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

1	NAZWISKO												PŁEĆ (K/M)		DATA URODZENIA						UDZIAŁ W PROC.																								
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td>K</td><td>M</td></tr> </table>		K	M	<table border="1"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td></tr> </table>						d	d	m	m	r	r	r	r	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
K	M																																												
d	d	m	m	r	r	r	r																																						
IMIĘ														POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/						<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																									
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td>K</td><td>M</td></tr> </table>		K	M	<table border="1"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td></tr> </table>						d	d	m	m	r	r	r	r	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			
K	M																																												
d	d	m	m	r	r	r	r																																						
IMIĘ														POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/						<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																									
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td>K</td><td>M</td></tr> </table>		K	M	<table border="1"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td></tr> </table>						d	d	m	m	r	r	r	r	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			
K	M																																												
d	d	m	m	r	r	r	r																																						
IMIĘ														POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/						<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																									
														SUMA 100%																															

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY /ODWOŁANIE DOTYCHCZASOWYCH UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH I WSKAZANIE NOWYCH/

1	NAZWISKO												PŁEĆ (K/M)		DATA URODZENIA						UDZIAŁ W PROC.																								
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td>K</td><td>M</td></tr> </table>		K	M	<table border="1"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td></tr> </table>						d	d	m	m	r	r	r	r	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
K	M																																												
d	d	m	m	r	r	r	r																																						
IMIĘ														POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/						<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																									
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td>K</td><td>M</td></tr> </table>		K	M	<table border="1"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td></tr> </table>						d	d	m	m	r	r	r	r	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			
K	M																																												
d	d	m	m	r	r	r	r																																						
IMIĘ														POKREWIEŃSTWO /W STOSUNKU DO UBEZPIECZONEGO/						<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																									
														SUMA 100%																															

PISEMNE POTWIERDZENIE DOKONANYCH ZMIAN DANYCH

<input type="checkbox"/>	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 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. Domaniewska 44, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

 PODPIS UBEZPIECZONEGO /
 PODPIS PRZEDSTAWICIELA UBEZPIECZANEGO DZIECKA

--

DATA PODPISANIA

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---