

FORMULARZ ZMIANY DANYCH UCZESTNIKA FUNDUSZU



NR RACHUNKU

DANE UCZESTNIKA FUNDUSZU (zgodnie z umową przystąpienia do Funduszu lub ostatnio zgłoszoną zmianą)

Nazwisko

Imię Drugie imię

Nr PESEL Nr NIP



AKTUALNE DANE OSOBOWE UCZESTNIKA FUNDUSZU (dotyczy tylko tych danych, które uległy zmianie)

Nazwisko

Imię Drugie imię

Data urodzenia Nr PESEL Nr NIP

Rodzaj dokumentu tożsamości Seria i numer dokumentu tożsamości

Dowód osobisty Paszport

AKTUALNY ADRES DO KORESPONDENCJI (dotyczy jedynie sytuacji, gdy dane uległy zmianie, należy podać pełny adres)

Miejscowość

Ulica (Jeśli nazwa ulicy występuje, należy wypełnić wszystkie pola. W przypadku jej braku pole „Ulica” pozostawić puste) Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy Poczta

Nr telefonu (dom) Nr telefonu komórkowego

E-mail

AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA (dotyczy jedynie sytuacji, gdy dane uległy zmianie, należy podać pełny adres)

Miejscowość

Ulica (Jeśli nazwa ulicy występuje, należy wypełnić wszystkie pola. W przypadku jej braku pole „Ulica” pozostawić puste) Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy Poczta

OŚWIADCZENIE O SPOSOBIE UREGULOWANIA MAŁŻEŃSKICH STOSUNKÓW MAJĄTKOWYCH (dotyczy jedynie sytuacji, gdy nastąpiła zmiana w stosunku do poprzedniego wskazania)

powstanie ustawowej wspólności majątkowej od dnia:

ustanie ustawowej wspólności majątkowej od dnia:

inny sposób uregulowania stosunków majątkowych od dnia:

DYSPOZYCJA KORZYSTANIA Z USŁUGI KONTO ON-LINE

Niniejszym składam dyspozycję korzystania z usługi Konto on-line i oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminami obowiązującymi przy jej wykorzystaniu:

TAK

DYSPOZYCJA WSKAZANIA BENEFICJENTÓW

(Suma udziałów wszystkich wskazanych beneficjentów nie może przekroczyć 100%)

Wskazuję wszystkich aktualnych beneficjentów. Złożenie niniejszej dyspozycji powoduje jednoczesne odwołanie wszystkich wcześniejszych wskazań beneficjentów.

Uzupełniam listę beneficjentów wskazanych w umowie przystąpienia do Funduszu.

BENEFICJENT NR 1 (prosimy wypełnić wszystkie pola)

Pan <input type="checkbox"/>	Pani <input type="checkbox"/>	Nazwisko <input type="text"/>															
Imię <input type="text"/>											Data urodzenia DD - MM - RRRR <input type="text"/>	Udział procentowy <input type="text"/>	%				
Ulica (Jeśli nazwa ulicy występuje, należy wypełnić wszystkie pola. W przypadku jej braku pole „Ulica” pozostawić puste)																Nr domu <input type="text"/>	Nr mieszkania <input type="text"/>
Kod pocztowy <input type="text"/>	-	Miejscowość <input type="text"/>															

BENEFICJENT NR 2 (prosimy wypełnić wszystkie pola)

Pan <input type="checkbox"/>	Pani <input type="checkbox"/>	Nazwisko <input type="text"/>															
Imię <input type="text"/>											Data urodzenia DD - MM - RRRR <input type="text"/>	Udział procentowy <input type="text"/>	%				
Ulica (Jeśli nazwa ulicy występuje, należy wypełnić wszystkie pola. W przypadku jej braku pole „Ulica” pozostawić puste)																Nr domu <input type="text"/>	Nr mieszkania <input type="text"/>
Kod pocztowy <input type="text"/>	-	Miejscowość <input type="text"/>															

BENEFICJENT NR 3 (prosimy wypełnić wszystkie pola)

Pan <input type="checkbox"/>	Pani <input type="checkbox"/>	Nazwisko <input type="text"/>															
Imię <input type="text"/>											Data urodzenia DD - MM - RRRR <input type="text"/>	Udział procentowy <input type="text"/>	%				
Ulica (Jeśli nazwa ulicy występuje, należy wypełnić wszystkie pola. W przypadku jej braku pole „Ulica” pozostawić puste)																Nr domu <input type="text"/>	Nr mieszkania <input type="text"/>
Kod pocztowy <input type="text"/>	-	Miejscowość <input type="text"/>															

Jeżeli suma udziałów wszystkich wskazanych beneficjentów jest mniejsza niż 100%, a zamiarem Uczestnika Funduszu jest, aby pozostałe środki weszły w skład spadku, niezbędne jest jego pisemne oświadczenie w tej sprawie.

W przypadku woli wskazania większej liczby beneficjentów, należy złożyć odrębne oświadczenie według powyższego wzoru i przekazać je razem z niniejszą dyspozycją.

Data oświadczenia

Podpis Klienta

Podpis Uczestnika Funduszu lub Przedstawiciela

PISEMNE POTWIERDZENIE DOKONANYCH ZMIAN DANYCH

Prosimy zaznaczyć pole w przypadku chęci otrzymania pisemnego potwierdzenia dokonanych zmian danych.

TAK

DEKLARACJA DODATKOWA, NIESTANOWIĄCA ELEMENTU UMOWY ANI ZMIANY DANYCH

Zgadzam się na:



Przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez spółki Grupy Aviva 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.

Powyższa zgoda obejmuje przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do nich oraz ich poprawiania.

Grupa Aviva – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Prosta 70, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

Podpis Klienta

Podpis Uczestnika Funduszu lub Przedstawiciela

PONIŻSZE POLA WYPEŁNIA DORADCA (w sytuacji, gdy zmiana danych Klienta nastąpiła w wyniku spotkania z Doradcą)

Nr Doradcy opiekuna Klienta

Podpis Doradcy

Zwrot formularza:

spotkanie z Klientem odbyło się

brak kontaktu z Klientem

Klient odmówił spotkania

Podpis Doradcy