

Wniosek o obniżenie wysokości Składki regularnej
(dotyczy: Indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie Gwarancja Renta)

Nr polisy _____

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI

I. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia DD-MM-RRRR PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres stały

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

II. OBNIŻENIE WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ

Niniejszym na mocy § 13 ust. 1 pkt 2) ppkt b) OWU Gwarancja Renta o symbolu BRP-3215 dotyczący Polisy nr _____ składam wniosek

o obniżenie z dniem DD-MM-20RR roku wysokości opłacanej przeze mnie Składki regularnej z aktualnego poziomu _____, ____ zł

(słownie: _____ zł) miesięcznie / kwartalnie / półrocznie / rocznie*

do nowego poziomu _____, ____ zł

(słownie: _____ zł) miesięcznie / kwartalnie / półrocznie / rocznie*.

podpis Ubezpieczającego

III. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1) jestem świadomy/a, że obniżenie Składki regularnej zgodnie ze złożonym przeze mnie niniejszym wnioskiem skutkuje obniżeniem wysokości miesięcznej Renty oraz obniżeniem wartości wykupów dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia określonych przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia i potwierdzonych

Polisą nr _____,

2) przyjmuję do wiadomości, iż nowa wysokość miesięcznej Renty i nowe wartości wykupów zostaną podane do mojej wiadomości w kolejnej wersji Polisy dostarczonej przez Towarzystwo,

3) jednocześnie zastrzegam sobie prawo do odrzucenia propozycji Towarzystwa co do nowej wysokości miesięcznej Renty / nowych wartości wykupów dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia obliczonych w oparciu o wysokość Składki regularnej obniżonej zgodnie z niniejszym wnioskiem. W przypadku braku zgody na propozycję Towarzystwa, co do nowej wysokości miesięcznej Renty / nowych wartości wykupów dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia zobowiązuję się w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w pkt 2), odesłać na adres Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa otrzymane dokumenty z informacją o braku zgody; mam świadomość, że odrzucenie propozycji nowej wysokości miesięcznej Renty / nowych wartości wykupów dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia spowoduje anulowanie niniejszego wniosku i zobowiązany będę do opłacania Składki regularnej w wysokości określonej w wersji Polisy obowiązującej w dniu składania niniejszego oświadczenia.

Data DD-MM-RRRR

miejscowość

podpis Ubezpieczającego

* niepotrzebne skreślić