

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

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Nr polisy _____

I. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko _____
i imię/Nazwa _____ Obywatelstwo _____
Data _____ Miejsce _____
urodzenia DD - MM - RRRR urodzenia _____ PESEL/REGON _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania/siedziby _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

Adres do korespondencji _____

II. OBNIŻENIE WYSOKOŚCI SKŁADKI

Niniejszym na mocy ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia, potwierdzona polisą wskazaną w niniejszym wniosku, wnioskuję o obniżenie z dniem DD - MM - RRRR wysokości opłacanej przeze mnie Składki:

regularnej (dot. BRP-0109, BRP-0212)

Aktualna wysokość Składki regularnej (opłacana zgodnie z aktualnie obowiązującą częstotliwością opłacania Składki regularnej dla polisy wskazanej w niniejszym wniosku)	Nowa wysokość Składki regularnej opłacana miesięcznie/kwartalnie/półrocznie/rocznie*
_____ PLN	_____ PLN

podstawowej (dot. BRP-3215, BRP-8315, BRP-1417)

Aktualna wysokość Składki podstawowej (opłacana zgodnie z aktualnie obowiązującą częstotliwością opłacania Składki regularnej dla polisy wskazanej w niniejszym wniosku)	Nowa wysokość Składki podstawowej opłacana miesięcznie/kwartalnie/półrocznie/rocznie* (zgodnie z częstotliwością opłacania Składki regularnej)
_____ PLN	_____ PLN

III. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

- jestem świadomy, że obniżenie Składki 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 niniejszą polisą,
- przyjmuję do wiadomości, iż nowa wysokość miesięcznej Renty i nowe wartości wykupów zostaną podane do mojej wiadomości w kolejnej wersji Polisy dostarczonej przez Towarzystwo,
- zastrzegam sobie prawo do cofnięcia dyspozycji obniżenia wysokości Składki po otrzymaniu informacji, o których mowa w pkt 2) powyżej. W celu cofnięcia niniejszej dyspozycji zobowiązuję się w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o których mowa w pkt 2) powyżej odesłać na adres: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Vienna Insurance Group Al. Jerozolimskie 162, 02-432 Warszawa otrzymane dokumenty wraz z informacją o braku zgody. Mam świadomość, że cofnięcie dyspozycji spowoduje anulowanie niniejszego wniosku i zobowiązany będę do opłacania Składki regularnej w wysokości określonej w wersji polisy obowiązującej w dniu składania niniejszego oświadczenia.

* Niepotrzebne skreślić.

Data DD - MM - RRRR _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczającego _____