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

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

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

Nr polisy _____

I. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko
i imię/Nazwa _____ Obywatelstwo _____
Data urodzenia D D - M M - R R R R Miejsce urodzenia _____ PESEL/REGON _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Adres zamieszkania/siedziby _____

Nr tel. _____ E-mail: _____
Adres do korespondencji _____

II. OBNIŻENIE WYSKOŚCI 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 D D - M M - R R R R 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:
1) 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,
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) 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 D D - M M - R R R R _____ _____
miejscowość podpis Ubezpieczającego

RODO