

Wniosek dotyczący zmian na polisie

Nr polisy _____

WNIOSEK WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, TYLKO POLA, KTÓRYCH DOTYCZY ZMIANA, POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X“

Ubezpieczający _____

Ubezpieczony _____

Współubezpieczony _____

I. W KAŻDYM CZASIE TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Zmiana nazwiska Ubezpieczonego Ubezpieczającego Uposażonego Współubezpieczonego

Dotychczasowe imię i nazwisko _____

Obecne imię i nazwisko _____

2. Zmiana adresu Ubezpieczonego Ubezpieczającego Współubezpieczonego

Dotychczasowy adres stały / Siedziba

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

Dotychczasowy adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

Obecny adres stały / Siedziba

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

Obecny adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

3. Zmiana lub wskazanie Współubezpieczonego

Obowiązkowo proszę wypełnić ankietę medyczną oraz w pkt II.3 wniosku zmian określić zakres ubezpieczenia dla Współubezpieczonego. W przypadku zmiany Współubezpieczonego i braku wskazania zakresu ubezpieczenia, składka zostanie obliczona jak dla Współubezpieczonego zakresu ubezpieczenia dotychczasowego.

Imię i nazwisko dotychczasowego Współubezpieczonego _____

Imię i nazwisko obecnego Współubezpieczonego _____

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

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 _____

4. Zmiana Uposażonego

Dotychczasowy Uposażony	Udział w %	PESEL lub data urodzenia
1. _____	____	_____
2. _____	____	_____
3. _____	____	_____
4. _____	____	_____

Nowy Uposażony

Nowy Uposażony	Udział w %	PESEL lub data urodzenia
1. _____	____	_____
2. _____	____	_____
3. _____	____	_____
4. _____	____	_____

5. Zmiana Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na ubezpieczenie bezskładkowe

Wnioskuje o zamianę umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego od dnia DD - MM - RRRR

W przypadku produktów SuperFundusz i SuperFundusz Plus proszę obowiązkowo określić poniżej warunki zamiany:

zmniejszenie sumy ubezpieczenia do kwoty _____ zł zmniejszenie sumy ubezpieczenia do kwoty minimalnej tj. 5.000,00 zł

6. Zawieszenie opłacania Składek funduszowych (dotyczy ubezpieczenia dodatkowego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz produktów SuperFundusz i SuperFundusz Plus)

Wnioskuje o zawieszenie opłacania składek od dnia DD - MM - RRRR

W przypadku produktów SuperFundusz i SuperFundusz Plus proszę obowiązkowo określić poniżej warunki zawieszenia:

- Okres zawieszenia w miesiącach (min. 6 miesięcy, maks. 12 miesięcy)

- Składki z tytułu umów dodatkowych zapłać: jednorazowo za cały okres zawieszenia zgodnie z dotychczasową częstotliwością

II. W ROCZNICĘ POLISY

1. Zmiana częstotliwości opłacania Składki regularnej

Dotychczas: rocznie półrocznie kwartalnie miesięcznie

Obecnie: rocznie półrocznie kwartalnie miesięcznie

2. Zmiana wysokości Składki regularnej / sumy ubezpieczenia*

W każdym przypadku zwiększenia (oprócz zwiększenia składki na fundusz kapitałowy) proszę wypełnić ankietę medyczną.

Nowa wysokość składki / sumy* zł

3. Dokupienie / rezygnacja z ubezpieczenia dodatkowego:

W każdym przypadku rozszerzenia odpowiedzialności o ubezpieczenia dodatkowe (oprócz ubezpieczenia dodatkowego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) proszę wypełnić ankietę medyczną oraz poniżej przy każdym ubezpieczeniu dodatkowym określić wysokość sumy ubezpieczenia.

Dotyczy ubezpieczenia dodatkowego _____

W przypadku dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy określić alokację składki na fundusz.

I.p	Nazwa funduszu	Alokacja składki (%)
1.	Fundusz Akcji	
2.	Fundusz Zrównoważony	
3.	Fundusz Bezpieczny	
Razem:		100%

Data DD - MM - RRRR

miejsceowość _____

podpis Ubezpieczonego _____

podpis Ubezpieczającego _____

podpis Współubezpieczonego /
Uposażonego w ubezpieczeniu posagowym _____

* niepotrzebne skreślić