



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Polisa nr/Certyfikat nr/Wniosek nr/Deklaracja nr

Wniosek

o dokonanie zmian w ubezpieczeniu na życie¹:

- zmiana częstotliwości opłacania składek
- rezygnacja z indeksacji
- wypowiedzenie umów dodatkowych
- zmiana ubezpieczenia na bezskładkowe
- zawieszenie opłacania składek regularnych
- wznowienie ochrony ubezpieczeniowej
- zmiana wysokości składki lub sumy ubezpieczenia

Dotychczasowe dane Ubezpieczającego²

Nazwisko _____ Imię, imiona _____

PESEL _____ REGON _____ Data urodzenia _____
D D M M R R R R

Obywatelstwo _____
 polskie inne _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____
 dowód osobisty
 paszport
 inny (podać jaki) _____

Telefon kontaktowy _____
 stacjonarny komórkowy
E-mail _____

NIP _____ REGON _____ PKD _____

Prosimy podać adres zamieszkania/siedziby.

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Kraj _____

Prosimy podać adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż powyższy).

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Kraj _____

Rodzaj i dokładny opis prowadzonej działalności

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy

- umowa o pracę
- działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód
- darowizna
- spadek
- wygrana losowa
- kredyt
- emerytura lub renta
- inne _____
- odmawiam podania

Dotychczasowe dane Ubezpieczonego

Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest inną osobą niż Ubezpieczający.

Nazwisko _____ Imię, imiona _____

PESEL _____ Data urodzenia _____
D D M M R R R R

Obywatelstwo _____
 polskie inne _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____
 dowód osobisty
 paszport
 inny (podać jaki) _____

Telefon kontaktowy _____
 stacjonarny komórkowy
E-mail _____

Prosimy podać adres zamieszkania.

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Kraj _____

A. Zmiana częstotliwości opłacania składek

roczna półroczna kwartalna miesięczna

DDMMRRRR
Data, od której obowiązuje zmiana

B. Zmiana wysokości składki i sumy ubezpieczenia

podwyższenie³ _____, ____ zł
Nowa wysokość składki obniżenie _____, ____ zł
Nowa wysokość składki

DDMMRRRR
Data, od której obowiązuje zmiana

C. Wypowiedzenie umów dodatkowych, z dniem:

DDMMRRRR
Data

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Wersja A) | <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Wersja B) | <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa Uposażonego (Dobry Start) |
| <input type="checkbox"/> zniesienie minimalnego limitu trwałego uszczerbku | <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie dodatkowe na wypadek inwalidztwa i śmierci w następstwie NW (Wersja C) | <input type="checkbox"/> Pomoc na Raka |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy | <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka przez drugiego Rodzica |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu | |

D. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej⁴

E. Zmiana ubezpieczenia na bezskładkowe

wnioskuję o umowę bezskładkową

F. Zawieszenie opłacania składek

wnioskuję o zawieszenie _____ od dnia _____ do dnia _____
DDMMRRRR DDMMRRRR

Aktualne dane

(należy podać zmianę i termin, od którego ma obowiązywać)

Wraz z niniejszym wnioskiem dołączam:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kopię dowodu osobistego, aktu małżeństwa, orzeczenie sądu (dotyczy zmiany adresu zameldowania, zmiany nazwiska) | <input type="checkbox"/> skrócony kwestionariusz medyczny – deklaracja Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> kopię dowodu wpłaty składki | <input type="checkbox"/> inne |

DDMMRRRR
Data

Podpis Ubezpieczającego

Podpis Ubezpieczonego⁵

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.

2. Nie dotyczy ubezpieczeń grupowych.

3. Dotyczy umów, dla których taka możliwość wynika z ogólnych warunków ubezpieczenia.

4. W przypadku podwyższenia wysokości sumy ubezpieczenia oraz wznowienia ochrony ubezpieczeniowej prosimy wypełnić skrócony kwestionariusz medyczny.

5. Dla ubezpieczeń indywidualnych: podpis Ubezpieczonego jest wymagany jedynie w przypadku zawarcia umowy dodatkowej, obniżenia sumy ubezpieczenia, podwyższenia składki, jeżeli składka jest finansowana ze środków Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego. W przypadku ubezpieczeń grupowych podpis Ubezpieczonego jest wymagany zawsze, bez względu na dokonywaną zmianę w ubezpieczeniu.