

# Wniosek o czasowe zawieszenie opłacania składek w indywidualnym lub grupowym ubezpieczeniu na życie

Dotyczy: polisy/wniosku/certyfikatu/deklaracji\* nr \_\_\_\_\_

## Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Nazwisko/nazwa firmy cd. \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_

Zgodnie z warunkami ubezpieczenia proszę o czasowe zawieszenie opłacania składek z tytułu ww. ubezpieczenia:

na okres \_\_\_\_\_ miesięcy\*\* od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\*\*\*

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczającego zgodny ze wzorem  
we wniosku o ubezpieczenie, na deklaracji lub  
w załączonym dokumencie tożsamości\*\*\*\*

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Maksymalnie na okres 12 miesięcy w indywidualnym ubezpieczeniu na życie lub na okres 6 miesięcy w grupowym ubezpieczeniu na życie.

\*\*\* Poczwszy od daty pierwszej nieopłaconej należności w indywidualnym ubezpieczeniu na życie lub pierwszego dnia miesiąca w grupowym ubezpieczeniu na życie.

\*\*\*\* W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.