

# Wniosek o zmianę częstotliwości i/lub trybu opłacania składek w indywidualnym 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 dokonanie następujących dyspozycji:

## Częstotliwość opłacania składek

- roczna
  półroczna
  kwartalna
  miesięczna

## Tryb opłacania składek

- gotówka
  przelew
  polecenie zapłaty (prosimy o dołączenie formularza „Zgoda na obciążanie rachunku”)

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

\* Niepotrzebne skreślić.

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