

Wniosek o zmianę warunków umowy ubezpieczenia zdrowotnego*

Dotyczy: polisy nr /

Ubezpieczający

Pieczęć

REGON NIP** Liczba aktualnie ubezpieczonych Liczba aktualnie zatrudnionych Proponowany początek obowiązywania zmian (d-m-r)

Ubezpieczający wnioskuję o następującą zmianę warunków umowy:

 Zmiana sumy ubezpieczenia:Dotychczasowa suma ubezpieczenia: zł Proponowana suma ubezpieczenia: zł Zmiana wysokości składki:Dotychczasowa wysokość składki: zł Proponowana wysokość składki: zł

Dla polis wielowariantowych:

Podgrupa ubezp. Dotychczasowa wysokość składki: zł Proponowana wysokość składki: złPodgrupa ubezp. Dotychczasowa wysokość składki: zł Proponowana wysokość składki: złPodgrupa ubezp. Dotychczasowa wysokość składki: zł Proponowana wysokość składki: zł Zmiana wariantu ubezpieczenia:Dotychczasowy wariant: Proponowany wariant:

Dla polis wielowariantowych:

Podgrupa ubezp. Dotychczasowy wariant: Proponowany wariant: Podgrupa ubezp. Dotychczasowy wariant: Proponowany wariant: Podgrupa ubezp. Dotychczasowy wariant: Proponowany wariant: Zmiana indeksu o.w.u.:Dotychczasowy indeks o.w.u.: Proponowany indeks o.w.u.: Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o umowy dodatkowe (w przypadku nowej oferty dołączyć kwotację)

Umowy dodatkowe:

1. 2. 3. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o podgrupę/wariant:Podgrupa ubezp. Wariant: Wysokość składki: złPodgrupa ubezp. Wariant: Wysokość składki: złPodgrupa ubezp. Wariant: Wysokość składki: zł Inne zmiany (np. zmiana częstotliwości opłacania składek):

Oświadczenie Ubezpieczającego

Niniejszym oświadczam, iż poinformowałem Ubezpieczonych o zakresie zmian warunków ww. umowy ubezpieczenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego składane w imieniu Ubezpieczonych

Na podstawie pełnomocnictw, udzielonych mi przez Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu ww. umowy, wyrażam w ich imieniu zgodę na zmianę warunków umowy ubezpieczenia.

Data

Kod i podpis agenta/brokera

Podpis Ubezpieczającego/Osoby reprezentującej
Ubezpieczającego/Pełnomocnika***

* Umowa ubezpieczenia obejmująca zmianę warunków musi być zgodna z obowiązującymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia. Zmienione warunki umowy ubezpieczenia będą obowiązywały po zaakceptowaniu przez TU Allianz Życie Polska S.A.

** W przypadku osób fizycznych numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.

*** Niepotrzebne skreślić. W przypadku podpisania wniosku przez Pełnomocnika, umocowanego przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia, należy dołączyć pełnomocnictwo (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność) wraz z kopią KRS. Wymienione dokumenty nie są wymagane, jeżeli zostały dołączone do wniosku o zawarcie umowy.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości).