

## WNIOSEK O ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

POLISA NR: \_\_\_\_\_

NR AGENTA: \_\_\_\_\_

DATA ZMIANY: rocznica ubezpieczenia  poza rocznicą



\*L064\*

### UBEZPIECZONY

Nazwisko / Nazwa firmy \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny - ulica \_\_\_\_\_ Numer domu \_\_\_\_\_ Numer mieszk. \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

### UBEZPIECZAJĄCY (WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZAJĄCY JEST INNĄ OSOBĄ NIŻ UBEZPIECZONY)

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny - o ile uległ zmianie \_\_\_\_\_

Numer telefonu \_\_\_\_\_ Adres e-mail (drukowane litery) \_\_\_\_\_

### WNIOSKOWANE ZMIANY W UMOWACH

	SKŁADKA	SUMA UBEZPIECZENIA
Główna Umowa Ubezpieczenia	_____, ____ zł	_____ zł
Śmierć lub kalectwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	Nie dotyczy	_____ zł
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	Nie dotyczy	_____ zł
„Na Wypadek”	_____, ____ zł	_____ zł
Wariant umowy		I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
„Na Zdrowie”	_____, ____ zł	Nie dotyczy
Świadczenie lekowe z tytułu dodatkowych zdarzeń typu II		<input type="checkbox"/>
Poziom świadczeń		I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
Składka regularna (łącznie)	_____, ____ zł	
Częstotliwość	<input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna	
Rezygnacja z indeksacji	<input type="checkbox"/> w najbliższym roku polisowym <input type="checkbox"/> do odwołania	
Inny wskaźnik indeksacji - nie wyższy niż proponowany przez towarzystwo	<input type="checkbox"/> %	

## ROZWIĄZANIE UMÓW DODATKOWYCH

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niezdolność do Pracy   | <input type="checkbox"/> „Na Wypadek”   |
| <input type="checkbox"/> Gwarantowane podwyższenie Sumy Ubezpieczenia                 | <input type="checkbox"/> „Na Zdrowie”   |
| <input type="checkbox"/> Śmierć lub Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku          | <input type="checkbox"/> Poważne Zachorowanie   |
| <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku                       | <input type="checkbox"/> Śmierć lub Niezdolności do Pracy wskutek Wypadku Komunikacyjnego |
| <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - wariant rozszerzony | <input type="checkbox"/> Zachorowanie na nowotwór złośliwy                                |
| <input type="checkbox"/> Śmierć Dziecka   | <input type="checkbox"/> Złamania kości, skręcenia stawu, oparzenia ciała                 |
| <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie Składki  | <input type="checkbox"/> Koszty leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku                  |

## DODATKOWE INFORMACJE

- Z uwagi na podwyższenie sumy ubezpieczenia do wniosku o zmiany dołączona jest „Dodatkowa deklaracja o ubezpieczonym i jego stanie zdrowia”
- Rezygnacja z blankietów wpłat

### DOTYCZY POLIS: UBEZPIECZENIE UNIwersALNE, UBEZPIECZENIE UNIwersALNE PLUS, MŁODZIEŻOWE UBEZPIECZENIE UNIwersALNE ABSOLWENT, UBEZPIECZENIE UNIwersALNE PERSPEKTYWA

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że:

zgodnie z warunkami umowy, gdy na rachunku polisy zabraknie środków na pokrycie opłat: administracyjnej i za ryzyko ubezpieczeniowe, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu, co wiąże się z całkowitą utratą ochrony ubezpieczeniowej; warunki ogólne ubezpieczenia określają zakres dopuszczalnych zmian w danym rodzaju umów ubezpieczenia. W związku z powyższym wniosek ubezpieczającego w tym zakresie zostanie rozpatrzony indywidualnie przez Towarzystwo. O swojej decyzji Towarzystwo poinformuje ubezpieczającego pisemnie lub w innej uzgodnionej formie w przypadku wyrażenia przez Towarzystwo zgody na zmianę umowy ubezpieczenia zmiana ta może wpłynąć na wysokość kosztów ryzyka ubezpieczeniowego potrąconych z rachunku oraz na czas trwania umowy; obniżenie składki za umowę główną lub zwiększenie ochrony ubezpieczeniowej skutkować może skróceniem czasu trwania umowy ubezpieczenia.

d d m m r r r r r

Podpis ubezpieczającego / pieczęć firmy i podpis osoby  
upoważnionej do jej reprezentowania