

Wniosek o zmiany „NA MINUS” do umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: ULTR)

potwierdzonej polisą nr

- I. Rezygnacja z obejmowania ochroną Ubezpieczonego/ Ubezpieczonego dziecka
- II. Rezygnacja z umowy dodatkowej lub/ i obniżenie sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej
- III. Obniżenie składki podstawowej



Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

Kraj urodzenia Rezydencja podatkowa*

Dotychczasowy:

Ubezpieczony 1

Imię i nazwisko:

PESEL

Ubezpieczony 2

Imię i nazwisko:

PESEL

* Prosimy o wskazanie rezydencji podatkowej (kraju opłacania podatków) – dwuliterowy kod kraju, w przypadku posiadania kilku rezydencji podatkowych prosimy o wskazanie ich wszystkich

UWAGA: Prosimy pamiętać, że po realizacji ww zmian powinny zostać zachowane minimalna wysokość składki podstawowej oraz minimalna wysokość składki ochronnej (na 1 Ubezpieczonego) wskazane w Tabeli opłat i limitów.

I. REZYGNACJA Z OBEJMOWANIA OCHRONĄ UBEZPIECZONEGO/ UBEZPIECZONEGO DZIECKA

Rezygnuję z obejmowania ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego:

(imię i nazwisko Ubezpieczonego)

co jest jednoznaczne z rezygnacją z obejmowania ochroną w ramach umowy podstawowej oraz ze wszystkich umów dodatkowych zawartych na rzecz wyżej wymienionego Ubezpieczonego.

Rezygnuję z obejmowania ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego Dziecka:

(imię i nazwisko Ubezpieczonego Dziecka)

(imię i nazwisko Ubezpieczonego Dziecka)

co jest jednoznaczne z rezygnacją ze wszystkich umów dodatkowych zawartych na rzecz wyżej wymienionego Ubezpieczonego Dziecka.

II. REZYGNACJA Z UMOWY DODATKOWEJ.

OBNIŻENIE SUMY UBEZPIECZENIA W UMOWIE DODATKOWEJ

W przypadku rezygnacji z umowy dodatkowej prosimy zaznaczyć X w polu REZYGNACJA.

W przypadku obniżenia sumy ubezpieczenia/ świadczenia dziennego w dotychczasowej umowie, prosimy zaznaczyć X w polu OBNIŻENIE.

Wówczas w kolumnie „Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne” prosimy podać nową, obniżoną wartość sumy ubezpieczenia/ świadczenia dziennego, o którą wnioskuje Klient.

Umowy dodatkowe

Rezygnacja	Obniżenie	Ubezpieczony 1	
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla PWS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TER*	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERMS*	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNW	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADL	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWSR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOPR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWR2	
<input type="checkbox"/>		CAR	-
<input type="checkbox"/>		ASSR	-

Rezygnacja	Obniżenie	Ubezpieczony 2	
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla PWS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TER*	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERMS*	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNW	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADL	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWSR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOPR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWR2	
<input type="checkbox"/>		CAR	-
<input type="checkbox"/>		ASSR	-

* Rezygnacja z umowy dodatkowej TER/TERMS jest jednoznaczna z rezygnacją z obejmowania ochroną w ramach wszystkich umów dodatkowych zawartych na rzecz danego Ubezpieczonego.

strona 1/2

Rezygnacja	Obniżenie	Ubezpieczone Dziecko ...	
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla DPS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN	
<input type="checkbox"/>		DCAR	-

Rezygnacja	Obniżenie	Ubezpieczone Dziecko ...	
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla DPS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN	
<input type="checkbox"/>		DCAR	-

III. OBNIŻENIE SKŁADKI PODSTAWOWEJ

Zgodnie z warunkami ubezpieczenia, proszę o zmianę wysokości składki podstawowej do kwoty: zł

Ubezpieczający

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczony 1

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczony 2

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Agent/Broker Ubezpieczeniowy

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Podpis

Data