

# Wniosek o zmianę warunków umowy ubezpieczenia zdrowotnego

Numer polisy

 / 

Numer wniosku

 5 

Proponowany początek obowiązywania zmian (d-m-r)

 0  1 

## Dane Ubezpieczającego (Pracodawcy)

Pełna nazwa Ubezpieczającego

Pieczętka

Liczba zatrudnionych osób

W przypadku nowej oferty należy załączyć podpisaną przez Ubezpieczającego propozycję ubezpieczenia:

kwotację nr

Zmiana indeksu o.w.u.

Dotychczasowy indeks o.w.u.

Nowy indeks o.w.u.



Zmiana dotychczasowego wariantu ubezpieczenia

Nr grupy Dotychczasowy wariant

Nowy wariant

Nr grupy	Dotychczasowy wariant	Nowy wariant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nr grupy Dotychczasowy wariant

Nowy wariant

Nr grupy	Dotychczasowy wariant	Nowy wariant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dodanie nowej grupy/wariantu ubezpieczenia

Nr grupy Nowy wariant

Wysokość składki (zł)

Nr grupy	Nowy wariant	Wysokość składki (zł)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nr grupy Nowy wariant

Wysokość składki (zł)

Nr grupy	Nowy wariant	Wysokość składki (zł)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Inne zmiany (np. zmiana częstotliwości opłacania składki, rozszerzenie zakresu o umowy dodatkowe)

## Oświadczenie Ubezpieczającego

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

### Oświadczenie Ubezpieczającego składane w imieniu Ubezpieczonych

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

### Oświadczenie osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Oświadczam, że udzielone mi zostało przez Ubezpieczającego pełnomocnictwo do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem i obsługą ww. umowy.

Data

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Data

Kod agenta/brokera

Czytelny podpis agenta/brokera