



WNIOSEK O ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA NOWA PERSPEKTYWA



L058

POLISA NR: _____

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko / Nazwa firmy _____

Imię _____ PESEL _____ NIP _____

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie _____

Numer telefonu _____ Adres e-mail (drukowane litery) _____

UBEZPIECZONY

Nazwisko _____

Imię _____ PESEL _____

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie _____

Numer telefonu _____ Adres e-mail (drukowane litery) _____

DATA WPROWADZENIA ZMIAN

Rocznica ubezpieczenia _____ Poza rocznicą _____

ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

Miesięczna _____ Kwartalna _____ Półroczna _____ Roczna _____

ZMIANA SPOSOBU OPŁACANIA SKŁADEK

Polecenie zapłaty (w przypadku wybrania tej formy zapłaty prosimy o wypełnienie dodatkowego druku akceptowanego przez bank) _____

Rezygnacja z blankietów wpłat _____

Komplet blankietów wpłat _____

ZMIANA NA RACHUNKACH DEDYKOWANYCH

Kod rachunku _____	Składka regularna _____, _____ zł
_____	Nowa nazwa rachunku _____
Kod rachunku _____	Składka regularna _____, _____ zł
_____	Nowa nazwa rachunku _____
Kod rachunku _____	Składka regularna _____, _____ zł
_____	Nowa nazwa rachunku _____
Kod rachunku _____	Składka regularna _____, _____ zł
_____	Nowa nazwa rachunku _____
Kod rachunku _____	Składka regularna _____, _____ zł
_____	Nowa nazwa rachunku _____

UMOWA	ZMIANA (WNIOSKOWANA SUMA UBEZPIECZENIA)	ROZWIĄZANIE UMOWY
Umowa Główna	Suma ubezpieczenia _____ zł	nie dotyczy
	Składka regularna _____ , _____ zł	
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Kalectwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”	Suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek NW _____ zł	_____
	Wariant umowy I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”	Poziom świadczeń I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	_____
	Świadczenie lekowe z tytułu dodatkowych zdarzeń typu 2 _____	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Składki	Nie dotyczy	_____
Dodatkowa Umowa Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”	Nie dotyczy	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci lub Niezdolności do Pracy wskutek Wypadku Komunikacyjnego	Nie dotyczy	_____

Z uwagi na podwyższenie sumy ubezpieczenia do wniosku o zmianę dołączona jest „dodatkowa deklaracja o ubezpieczonym i jego stanie zdrowia” - nie dotyczy umowy dodatkowej „Na Wypadek”

UBEZPIECZONY

Nazwisko _____

Imię _____ PESEL _____

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie _____

Numer telefonu _____ Adres e-mail (drukowane litery) _____

UMOWA	ZMIANA (WNIOSKOWANA SUMA UBEZPIECZENIA)	ROZWIĄZANIE UMOWY
Dodatkowa Umowa Terminowego Ubezpieczenia na Życie	Suma ubezpieczenia _____ zł	nie dotyczy
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Kalectwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”	Suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek NW _____ zł	_____
	Wariant umowy I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”	Poziom świadczeń I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	_____
	Świadczenie lekowe z tytułu dodatkowych zdarzeń typu 2 _____	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy	Suma ubezpieczenia _____ zł	_____
Dodatkowa Umowa Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”	Nie dotyczy	_____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci lub Niezdolności do Pracy wskutek Wypadku Komunikacyjnego	Nie dotyczy	_____

Z uwagi na podwyższenie sumy ubezpieczenia do wniosku o zmianę dołączona jest „dodatkowa deklaracja o ubezpieczonym i jego stanie zdrowia” - nie dotyczy umowy dodatkowej „Na Wypadek”

DZIECKO

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie

Numer telefonu

Adres e-mail (drukowane litery)

UMOWA**ZMIANA**

(WNIOSKOWANA SUMA UBEZPIECZENIA)

ROZWIĄZANIE UMOWY

UMOWA	ZMIANA (WNIOSKOWANA SUMA UBEZPIECZENIA)	ROZWIĄZANIE UMOWY
Dodatkowa Umowa Terminowego Ubezpieczenia na Życie	Suma ubezpieczenia _____ zł	nie dotyczy
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”	Suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek NW _____ 10 000zł _____ 20 000zł Wariant umowy I _____ II _____ III _____	_____ _____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”	Poziom świadczeń I _____ II _____ III _____ Świadczenie lekowe z tytułu dodatkowych zdarzeń typu 2 _____ _____	_____ _____
Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania	_____ 20 000zł _____ 40 000zł	_____ _____

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 potrącanych z rachunku oraz na czas trwania umowy; obniżenie składki za umowę główną lub zwiększenie ochrony ubezpieczeniowej skutkować może skróceniem czasu trwania umowy ubezpieczenia.

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