

WNIOSEK O ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA NOWA PERSPEKTYWA



L058

NUMER POLISY

UBEZPIECZAJĄCY

NAZWISKO / NAZWA FIRMY

IMIĘ

NUMER PESEL

ADRES KORESPONDENCYJNY

ULICA / MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ

NOWY ADRES

TELEFON STACJONARNY

TELEFON DO PRACY

TELEFON KOMÓRKOWY

E-MAIL

UBEZPIECZONY

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

ADRES KORESPONDENCYJNY

ULICA / MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ

NOWY ADRES

TELEFON STACJONARNY

TELEFON DO PRACY

TELEFON KOMÓRKOWY

E-MAIL

Proszę wskazać rzeczywistego beneficjenta¹

UBEZPIECZAJĄCY

UBEZPIECZONY

UPOSAŻONY

DANE RZECZYWISTEGO BENEFICJENTA¹ /NALEŻY WYPEŁNIĆ, W PRZYPADKU GDY RZECZYWISTYM BENEFICJENTEM JEST INNA OSOBA NIŻ UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, UPOSAŻONY/

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER NIP

DOWÓD OSOBISTY

PASZPORT

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA / MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ

¹ W rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowania terroryzmu.

DATA WPROWADZENIA ZMIAN

ROCZNICA UBEZPIECZENIA

POZA ROCZNICA

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 <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>
KOD RACHUNKU <input type="text"/>	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	NOWA NAZWA RACHUNKU <input type="text"/>

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
UMOWA GŁÓWNA	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	NIE DOTYCZY
	SKŁADKA REGULARNA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NW <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% SU Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW	
	WARIANT UMOWY <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
	SYSTEM WYPŁATY ŚWIADCZEŃ <input type="checkbox"/> PROPORCJONALNY <input type="checkbox"/> PROGRESYWNY	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/>
	ŚWIADCZENIA LEKOWE Z TYTUŁU DODATKOWYCH ZDARZEŃ TYPU 2 <input type="checkbox"/>	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA SKŁADKI	NIE DOTYCZY	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY BĄDŹ ZDRÓW	NIE DOTYCZY	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI LUB NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	NIE DOTYCZY	<input type="checkbox"/>

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		<input type="text"/>																									
IMIĘ / IMIONA																		NUMER PESEL									
<input type="text"/>																		<input type="text"/>									
ADRES KORESPONDENCYJNY																											
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ																		NUMER DOMU						NUMER MIESZK.			
<input type="text"/>																		<input type="text"/>						<input type="text"/>			
KOD POCZTOWY				POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ														NOWY ADRES									
<input type="text"/>				<input type="text"/>														<input type="text"/>									

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
DODATKOWA UMOWA TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NW <input type="text"/> 50% <input type="text"/> 100% SU Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW	
	WARIANT UMOWY <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	
	SYSTEM WYPŁATY ŚWIADCZEŃ <input type="text"/> PROPORCJONALNY <input type="text"/> PROGRESYWNY	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	<input type="text"/>
	ŚWIADCZENIA LEKOWE Z TYTUŁU DODATKOWYCH ZDARZEŃ TYPU 2 <input type="text"/>	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	SUMA UBEZPIECZENIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY BĄDŹ ZDRÓW	NIE DOTYCZY	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI LUB NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	NIE DOTYCZY	<input type="text"/>

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		<input type="text"/>																									
IMIĘ / IMIONA																		NUMER PESEL									
<input type="text"/>																		<input type="text"/>									
ADRES KORESPONDENCYJNY																											
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ																		NUMER DOMU						NUMER MIESZK.			
<input type="text"/>																		<input type="text"/>						<input type="text"/>			
KOD POCZTOWY				POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ														NOWY ADRES									
<input type="text"/>				<input type="text"/>														<input type="text"/>									

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
DODATKOWA UMOWA TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	NIE DOTYCZY	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW <input type="text"/> 10 000 zł <input type="text"/> 20 000 zł	<input type="text"/>
	WARIANT UMOWY <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III	
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ <input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III	<input type="text"/>
	ŚWIADCZENIA LEKOWE Z TYTUŁU DODATKOWYCH ZDARZEŃ TYPU 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	NIE DOTYCZY	<input type="text"/>

DZIECKO

NAZWISKO

IMIĘ / IMIONA

NUMER PESEL

ADRES KORESPONDENCYJNY

ULICA / MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ

NOWY ADRES

UMOWA	ZMIANA	ROZWIĄZANIE UMOWY
DODATKOWA UMOWA TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	NIE DOTYCZY	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK”	SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NW	<input type="checkbox"/> 10 000 ZŁ <input type="checkbox"/> 20 000 ZŁ
	WARIANT UMOWY	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”	POZIOM ŚWIADCZEŃ	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
	ŚWIADCZENIA LEKOWE Z TYTUŁU DODATKOWYCH ZDARZEŃ TYPU 2	<input type="checkbox"/>
DODATKOWA UMOWA UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	NIE DOTYCZY	<input type="checkbox"/>

jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne¹ mającą miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**DOTYCZY POLIS: NOWA 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 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 / PIECZĄTKA FIRMY
 I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEJ REPREZENTOWANIA

DATA PODPISANIA

¹ Przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się następujące osoby fizyczne:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadörów, chargés d'affairs oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
- małżonków osób, o których mowa w lit. a, lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a, małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a, w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób.

² Grupa Aviva – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4b, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.