



WNIOSEK O ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

NUMER POLISY

NR AGENTA

DATA ZMIANY

UBEZPIECZONY

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

UBEZPIECZAJĄCY /WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZAJĄCY JEST INNĄ OSOBĄ NIŻ UBEZPIECZONY/

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

Proszę wskazać rzeczywistego beneficjenta¹

UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/>	UBEZPIECZONY <input type="checkbox"/>	UPOSAŻONY <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	------------------------------------

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

NAZWISKO		IMIĘ	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NUMER NIP	DOWÓD OSOBISTY	PASZPORT	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA / MIEJSCOWOŚĆ		NUMER DOMU	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
KOD POCZTOWY	POCZTA / MIEJSCOWOŚĆ	NUMER MIESZK.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

WNOSKOWANE ZMIANY W UMOWACH

	SKŁADKA	SUMA UBEZPIECZENIA
GŁÓWNA UMOWA UBEZPIECZENIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
ŚMIERĆ LUB KALECTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	NIE DOTYCZY	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	NIE DOTYCZY	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
„NA WYPADEK”	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
WARIANT UMOWY		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NW (W %)		<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%
SYSTEM WYPŁATY ŚWIADCZEŃ		<input type="checkbox"/> PROPORCJONALNY <input type="checkbox"/> PROGRESYWNY
„NA ZDROWIE”	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł	NIE DOTYCZY
ŚWIADCZENIA LEKOWE Z TYTUŁU DODATKOWYCH ZDARZEŃ TYPU 2		<input type="checkbox"/>
POZIOM ŚWIADCZEŃ		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
SKŁADKA REGULARNA (ŁĄCZNIE)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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="text"/> <input type="text"/> %

ROZWIĄZANIE UMÓW DODATKOWYCH

<input type="checkbox"/> NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ DZIECKA
<input type="checkbox"/> GWARANTOWANE PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA	<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI
<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ LUB KALECTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	<input type="checkbox"/> „NA WYPADEK”
<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	<input type="checkbox"/> „NA ZDROWIE”
<input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU-WARIANT ROZSZERZONY	

DODATKOWE INFORMACJE

<input type="checkbox"/> Z UWAGI NA PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA DO WNIOSKU O ZMIANĘ DOŁĄCZONA JEST „DODATKOWA DEKLARACJA O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA”
<input type="checkbox"/> REZYGNACJA Z BLANKIETÓW WPŁAT

jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne¹ mającą miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

DOTYCZY POLIS: UBEZPIECZENIE UNIERSALNE, UBEZPIECZENIE UNIERSALNE PLUS, MŁODZIEŻOWE UBEZPIECZENIE UNIERSALNE ABSOLWENT, UBEZPIECZENIE UNIERSALNE 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.

PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO / PIECZATKA FIRMY
I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEJ REPREZENTOWANIA

DATA PODPISANIA

d

d

m

m

r

r

r

r

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

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.