Nr polisy

GENERALI

Formularz dotyczący zmian w umowie ubezpieczenia

Proszę wypełnić wniosek drukowanymi literami. Każda korekta dokonana w niniejszym formularzu powinna zostać potwierdzona podpisem osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji. Klient może korzystać z tych opcji, które są udostępnione w ramach posiadanego przez niego ubezpieczenia.

Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji

☐ Ubezpieczający ☐ Ubezpieczony[1)]

Imię /Nazwa firmy

Nazwisko /Nazwa firmy

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL/NIP (w przypadku firmy)

Typ dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ karta pobytu ☐ inne

Obywatelstwo

Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Nr dokumentu tożsamości

Aktualny adres stałego zamieszkania/Siedziba firmy

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość/ Poczta

Kod pocztowy

Kraj

Tel. kontaktowy

E-mail

Ubezpieczający (imię i nazwisko/ Nazwa firmy)[2)]

[1)] Ubezpieczony na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia na życie.
[2)] Należy wypełnić jeżeli formularz składany jest przez Ubezpieczonego.

Zmiana wysokości składki[3)]

Prosimy wypełnić również w przypadku zmiany częstotliwości opłacania składki regularnej oraz w przypadku zawarcia/rezygnacji z umowy dodatkowej.

Nowa wysokość składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia , zł

\+

Nowa wysokość składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia , zł

\+

Nowa wysokość składki regularnej z tytułu umowy IKE[4)] , zł

\+

Nowa wysokość składki regularnej z tytułu umowy IKZE[4)] , zł

=

Nowa wysokość całkowitej składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia , zł

[3)] W przypadku zmiany wysokości składki, która powoduje zwiększenie sumy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić formularz **„Oświadczenie o stanie zdrowia”**.
[4)] Maksymalna suma składek IKE/IKZE w danym roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.

Zmiana częstotliwości opłacania składki regularnej

Powyższa transakcja zostanie przeprowadzona w dniu, gdy upływa/rozpoczyna się odpowiednio kwartał, półrocze lub rok danej polisy.
Warunkiem przeprowadzenia zmiany jest opłacenie składek regularnych do tego dnia.

☐ roczna ☐ półroczna ☐ kwartalna ☐ miesięczna od dnia DD MM RRRR

Zawarcie[5)] /rezygnacja z umowy dodatkowej

Nazwa umowy dodatkowej (zgodnie z OWU właściwymi dla danego produktu)	Suma ubezpieczenia dla umowy dodatkowej (% sumy ubezpieczenia umowy lub wartość kwotowa zgodnie z OWU właściwymi dla danej umowy ubezpieczenia)		
1).....		☐ Zawarcie	☐ Rezygnacja
2).....		☐ Zawarcie	☐ Rezygnacja
3).....		☐ Zawarcie	☐ Rezygnacja
4).....		☐ Zawarcie	☐ Rezygnacja
5).....		☐ Zawarcie	☐ Rezygnacja

Oświadczam, że otrzymałam/em i zapoznałam/em się z ogólnymi warunkami dodatkowych umów ubezpieczenia wskazanych powyżej.

Podpis Ubezpieczającego/osoby uprawnionej

Nazwisko i imię	Podpis	Miejscowość	Dnia

[5)] W przypadku zawarcia niektórych umów dodatkowych, Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić formularz **„Oświadczenie o stanie zdrowia”**.

Generali Życie T.U. S.A., 02-676 Warszawa, ul. Postępu 15B, spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952. NIP: 521-28-87-341, kapitał zakładowy 63.500.000 PLN, w pełni opłacony. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez IVASS. Centrum Klienta tel.: 913 913 913

8e-169-06.2017

Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia

Dotychczasowa suma ubezpieczenia

							,			zł

Nowa suma ubezpieczenia[6)]

							,			zł

[6)] W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia na umowie, Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić formularz **„Oświadczenie o stanie zdrowia"**.

Rezygnacja z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji

☐ Rezygnuję z indeksacji od Rocznicy polisy przypadającej w dniu D D M M R R R R

Zawieszenie opłacania składek

Zawieszenie opłacania składek regularnych od dnia[7)] D D M M R R R R

[7)] Maksymalny okres zawieszenia opłacania składek regularnych wskazany jest w OWU właściwych dla danej umowy ubezpieczenia.

Przekształcenie umowy w ubezpieczenie bezskładkowe

Przekształcenie umowy w ubezpieczenie bezskładkowe od dnia[8)] D D M M R R R R

Dodatkowe opcje wyboru dla umów ubezpieczenia: Ubezpieczenie rodzinne (FPP, FPG), Plan Zabezpieczenia Długoterminowych Potrzeb Rodziny (FPP1, FPG1, FPM1, FPM2), ProFamilia (FPP2), Ubezpieczenie młodzieżowe (CSP), Plan oszczędnościowy dla dziecka (CSP zawarte do 10.08.2007 roku), Leolife (FPPT, FPPM)

☐ z niezmienioną sumą ubezpieczenia ☐ suma ubezpieczenia równa wartości polisy

[8)] Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe jest nieodwracalne i jest możliwe, jeżeli wartość polisy nie jest mniejsza od wartości minimalnej określonej przez Towarzystwo w OWU.

Wcześniejsze zakończenie Okresu składkowego

☐ Wnioskuję o wcześniejsze zakończenie Okresu składkowego od dnia[9)] D D M M R R R R

[9)] Wcześniejsze zakończenie Okresu składkowego jest możliwe pod warunkiem opłacenia w sumie minimum 6 lat polisy.

Uwagi i komentarze

Podpisy

Oświadczenie (czytelnie podpisane przez osobę upoważnioną do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję)

Na podstawie okazanego dokumentu tożsamości, którego dane identyfikacyjne wypełnione zostały w części „Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji" w niniejszym formularzu, potwierdzono tożsamość osoby składającej dyspozycję oraz zgodność danych zamieszczonych w formularzu z danymi zawartymi w dokumencie tożsamości.

Podpis osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji[10)]

Nazwisko i imię Podpis

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości[11)]

Nazwisko i imię Podpis

Miejscowość Dnia

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

[10)] W przypadku, gdy Ubezpieczającym jest firma, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej do składania dyspozycji oraz dokument potwierdzający jej uprawnienia w tym zakresie.

[11)] Osobami upoważnionymi do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję są Pośrednicy ubezpieczeniowi posiadający ważną umowę o współpracy z Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A. Dopuszcza się możliwość potwierdzania własnoręczności podpisu przez osoby zatrudnione w Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A. np. Dyrektorów Oddziałów, pracowników etatowych.