

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB GRANATOWYM DŁUGOPISEM

Numer polisy

Składam wniosek o zmianę warunków umowy ubezpieczenia potwierdzonej ww. polisą w ramach ubezpieczenia (wypełnia ubezpieczający):

<input type="checkbox"/> Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie - „XXI”	<input type="checkbox"/> Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe
<input type="checkbox"/> Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie	<input type="checkbox"/> ŻYCIOWY PLAN - Program 2
<input type="checkbox"/> Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne	<input type="checkbox"/> Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne
<input type="checkbox"/> Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie - Kontynuacja	<input type="checkbox"/> Indywidualne Ubezpieczenie na Życie EKSTRAKONTYNUACJA - WARIANT 1

Dane Ubezpieczającego

Imię/Imiona	
Nazwisko/Nazwa	
PESEL/REGON	Seria i numer dowodu osobistego

Dane Ubezpieczonego *Proszę wypełnić, gdy ubezpieczający nie jest ubezpieczonym*

Imię/Imiona	
Nazwisko/Nazwa	
PESEL/REGON	Seria i numer dowodu osobistego

1. Zmiany dotyczące indeksacji:

Proszę zaznaczyć tylko te dane, które ulegają zmianie.

<input type="checkbox"/> Zawieszenie indeksacji	<input type="checkbox"/> Ograniczenie indeksacji składki do 50% wskaźnika indeksacji
<input type="checkbox"/> Wznowienie indeksacji	<input type="checkbox"/> Dla dodatkowej umowy z funduszem podwyższenie wskaźnika indeksacji do wysokości: <input type="text"/> %

2. Zmiany dotyczące warunków umowy:

Proszę zaznaczyć tylko te dane, które ulegają zmianie.

A) Zawarcie dodatkowej umowy (nie dotyczy Indywidualnego Ubezpieczenia Inwestycyjnego):

<input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku*
<input type="checkbox"/> Powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku*
<input type="checkbox"/> Powstania inwalidztwa ubezpieczonego (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2)*
<input type="checkbox"/> Dzielne Świadczenie Szpitalne (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2) z kwotą bazową <input type="text"/> (wysokość kwoty bazowej musi zawierać się pomiędzy 2.000 PLN a 10.000 PLN, być wielokrotnością kwoty 1.000 PLN i nie może wynosić więcej niż wysokość sumy ubezpieczenia)*
<input type="checkbox"/> Na wypadek operacji ubezpieczonego (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN Program - 2) z kwotą bazową w wysokości <input type="text"/> zł (wysokość kwoty bazowej musi zawierać się pomiędzy 2.000 PLN a 10.000 PLN, być wielokrotnością kwoty 1.000 PLN i nie może wynosić więcej niż wysokość sumy ubezpieczenia)*
<input type="checkbox"/> Wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2)*
<input type="checkbox"/> 30% sumy ubezpieczenia lub <input type="checkbox"/> 50% sumy ubezpieczenia <input type="checkbox"/> Katalog Rozszerzony

* W przypadku zawarcia którejkolwiek z ww. dodatkowych umów konieczne jest również wypełnienie Formularza Medycznego

<input type="checkbox"/> WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2)
<input type="checkbox"/> Powstanie inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku
<input type="checkbox"/> fundusz posagowy ze składką <input type="text"/> zł.

B)

<input type="checkbox"/> Zmiana częstotliwości opłacania składek*	<input type="checkbox"/> miesięcznie	<input type="checkbox"/> kwartalnie	<input type="checkbox"/> półrocznie	<input type="checkbox"/> rocznie
---	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

* nie dotyczy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN

C) Zamiana sumy

Podwyższenie składki o 10% 20% 30% (Nie dotyczy Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego, Inwestycyjnego, Uniwersalnego)

Podwyższenie sumy Indywidualnego Ubezpieczenia Uniwersalnego oraz Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN o % (maksymalnie o 30%)*

*W związku z:

Zawarciem przez ubezpieczonego związku małżeńskiego Urodzeniem się dziecka ubezpieczonemu

Przystosowaniem przez ubezpieczonego dziecka Inne (Dotyczy Indywidualnego Ubezpieczenia Uniwersalnego) oraz Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2)

Podwyższenie sumy Indywidualnego Ubezpieczenia Uniwersalnego oraz Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2 do kwoty: zł. **** (W przypadku, gdy kwota wynikająca z podwyższenia sumy ubezpieczenia przekracza limity określone w OWU Ubezpieczyciel dostosuje sumę ubezpieczenia do obowiązujących limitów).**

** W przypadku podwyższenia konieczne jest również wypełnienie Formularza Medycznego

Obniżenie sumy Indywidualnego Ubezpieczenia Uniwersalnego* oraz Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2 do kwoty: zł. **(W przypadku, gdy kwota wynikająca z obniżenia sumy ubezpieczenia przekracza limity określone w OWU ubezpieczyciel dostosuje sumę ubezpieczenia do obowiązujących limitów).**

* dotyczy umów zawartych od dnia 06.09.2005r.

D)

Zmiana wysokości składki regularnej lub deklarowanej do kwoty (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia Inwestycyjnego, Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ŻYCIOWY PLAN - Program 2): zł.

E)

Wstrzymanie opłacania składek (dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia Inwestycyjnego)

Zawieszenie opłacania składek na okres: miesięcy *(dotyczy wyłącznie Indywidualnego Ubezpieczenia Uniwersalnego)
* zawieszenie opłacania składek może obowiązywać przez okres co najwyżej 12 miesięcy

Wznowienie opłacania składek (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń: Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne, Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne)

F)

Zmiana sposobu opłacania składek przekazem pocztowym zlecenie z konta

Niniejszym ubezpieczający wnioskuję i wyraża zgodę na ustalenie nowych warunków z uwzględnieniem przeprowadzonej oceny medycznej. W przypadku zaakceptowania przez TUnŻ „WARTA” S.A. wnioskowanych zmian warunków umowy, ubezpieczyciel prześle ubezpieczającemu pismo informacyjne potwierdzające zmianę warunków umowy obowiązujących w danym roku ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma informacyjnego nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na zmianę warunków umowy, zmiana obowiązuje od dnia rocznicy polisy, o której mowa w piśmie informacyjnym.

Dokumenty załączone do wniosku:

- 1
- 2

Uwagi - dodatkowy komentarz

miejsowość, data

podpis ubezpieczającego

podpis ubezpieczonego

data, pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek

Adnotacje Biura Oceny Ryzyka: