

Formularz zmian na polisie

Generali Życie T.U. S.A., ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa, Centrum Klienta tel.: 0 801 343 343, (0 prefix 22) 543 05 43

Proszę wypełnić wniosek dużymi drukowanymi literami; każda zmiana powinna zostać potwierdzona podpisem przez Ubezpieczonego. Wszelkie informacje zawarte w tym wniosku traktowane są jako poufne.

Dane identyfikacyjne Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego	Imię <input type="text"/> Nazwisko <input type="text"/> Nr PESEL <input type="text"/> NIP <input type="text"/>																																																
Zmiana numeru dokumentu tożsamości	Nr dowodu osobistego <input type="text"/>																																																
Zmiana urzędu skarbowego	Adres urzędu skarbowego dla Ubezpieczającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych. <input type="text"/> <input type="text"/>																																																
Zmiana adresu	Adres zameldowania <input type="text"/> <input type="text"/> Adres korespondencyjny <input type="text"/> <input type="text"/>																																																
Zmiana nazwiska	Poprzednie nazwisko <input type="text"/> Nowe nazwisko <input type="text"/>																																																
Zmiana Uposażonego	<table border="0"> <tr> <td>Imię i Nazwisko nowego Uposażonego</td> <td>Data urodzenia</td> <td>Pokrewieństwo</td> <td>% udział w świadczeniu</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Adres nowego Uposażonego</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Imię i Nazwisko nowego Uposażonego</td> <td>Data urodzenia</td> <td>Pokrewieństwo</td> <td>% udział w świadczeniu</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Adres nowego Uposażonego</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Imię i Nazwisko nowego Uposażonego</td> <td>Data urodzenia</td> <td>Pokrewieństwo</td> <td>% udział w świadczeniu</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Adres nowego Uposażonego</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> </table>	Imię i Nazwisko nowego Uposażonego	Data urodzenia	Pokrewieństwo	% udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Adres nowego Uposażonego				<input type="text"/>				Imię i Nazwisko nowego Uposażonego	Data urodzenia	Pokrewieństwo	% udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Adres nowego Uposażonego				<input type="text"/>				Imię i Nazwisko nowego Uposażonego	Data urodzenia	Pokrewieństwo	% udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Adres nowego Uposażonego				<input type="text"/>			
Imię i Nazwisko nowego Uposażonego	Data urodzenia	Pokrewieństwo	% udział w świadczeniu																																														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Adres nowego Uposażonego																																																	
<input type="text"/>																																																	
Imię i Nazwisko nowego Uposażonego	Data urodzenia	Pokrewieństwo	% udział w świadczeniu																																														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Adres nowego Uposażonego																																																	
<input type="text"/>																																																	
Imię i Nazwisko nowego Uposażonego	Data urodzenia	Pokrewieństwo	% udział w świadczeniu																																														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Adres nowego Uposażonego																																																	
<input type="text"/>																																																	
Zmiana Ubezpieczającego	Imię nowego Ubezpieczającego <input type="text"/> Nazwisko nowego Ubezpieczającego <input type="text"/> Nr PESEL <input type="text"/> NIP <input type="text"/> Nie dotyczy umów związanych z prowadzeniem Indywidualnego Konta Emerytalnego IKE.																																																

Zmiana częstotliwości opłacania składki	Dotychczasowa częstotliwość <input type="text"/>	Nowa częstotliwość <input type="text"/>				
<p>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.</p>						
Zmiana wysokości składki	Dotychczasowa wysokość składki podstawowej <input type="text"/>	Dotychczasowa wysokość składki regularnej IKE <input type="text"/>	Dotychczasowa wysokość składki całkowitej <input type="text"/>			
<p>Nowa wysokość składki podstawowej <input type="text"/></p> <p>Nowa wysokość składki regularnej IKE <input type="text"/></p> <p>Nowa wysokość składki całkowitej <input type="text"/></p>						
<p>W przypadku zmiany wysokości składki, które powoduje zwiększenie sumy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić formularz „Oświadczenie o stanie zdrowia” (nie dotyczy klauzuli IKE).</p>						
Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia	Dotychczasowa suma ubezpieczenia <input type="text"/>	Nowa suma ubezpieczenia <input type="text"/>				
<p>W przypadku zwiększenia wysokości sumy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić formularz „Oświadczenie o stanie zdrowia”.</p>						
Dokupienie/ Rezygnacja* z umowy dodatkowej	<p>1) Nazwa umowy dodatkowej <input type="text"/></p> <p>2) Nazwa umowy dodatkowej <input type="text"/></p> <p>3) Nazwa umowy dodatkowej <input type="text"/></p> <p>4) Nazwa umowy dodatkowej <input type="text"/></p> <p>W przypadku dokupienia umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić „Oświadczenie o stanie zdrowia“ Nie dotyczy umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym IKE i IKE BRE.</p>					
Rezygnacja z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji sum ubezpieczenia i składki	<p>Oświadczam, że rezygnuję w bieżącym roku polisowym z indeksacji sumy ubezpieczenia i składki.</p> <table border="1" data-bbox="207 1395 1434 1529"> <tr> <td data-bbox="207 1395 774 1529">Nazwisko i Imię Ubezpieczonego</td> <td data-bbox="782 1395 1141 1529">Podpis Ubezpieczonego</td> <td data-bbox="1149 1395 1434 1529">Miejscowość i data</td> </tr> </table>			Nazwisko i Imię Ubezpieczonego	Podpis Ubezpieczonego	Miejscowość i data
Nazwisko i Imię Ubezpieczonego	Podpis Ubezpieczonego	Miejscowość i data				
Podpisy	<table border="1" data-bbox="207 1552 1434 1686"> <tr> <td data-bbox="207 1552 774 1686">Nazwisko i Imię Ubezpieczonego</td> <td data-bbox="782 1552 1141 1686">Podpis Ubezpieczonego</td> <td data-bbox="1149 1552 1434 1686">Miejscowość i data</td> </tr> </table> <p>* Niepotrzebne skreślić</p>			Nazwisko i Imię Ubezpieczonego	Podpis Ubezpieczonego	Miejscowość i data
Nazwisko i Imię Ubezpieczonego	Podpis Ubezpieczonego	Miejscowość i data				