



GENERALI Formularz dotyczący zmian w umowie ubezpieczenia

Nr polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 Ubezpieczony¹⁾

Imię /Nazwa firmy

Nazwisko /Nazwa firmy

Data urodzenia DD MM RR RR PESEL/NIP (w przypadku firmy) Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu inneObywatelstwo 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 składki³⁾

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 złNowa wysokość składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia złNowa wysokość składki regularnej z tytułu umowy IKE⁴⁾ złNowa wysokość składki regularnej z tytułu umowy IKZE⁴⁾ złNowa wysokość całkowitej składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia zł³⁾ 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 kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach 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 RR RR

Zawarcie⁵⁾ /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).....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zawarcie	<input type="checkbox"/> Rezygnacja
2).....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zawarcie	<input type="checkbox"/> Rezygnacja
3).....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zawarcie	<input type="checkbox"/> Rezygnacja
4).....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zawarcie	<input type="checkbox"/> Rezygnacja
5).....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zawarcie	<input type="checkbox"/> 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”.

Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia

Dotychczasowa suma ubezpieczenia
 , zł

Nowa suma ubezpieczenia⁶⁾
 , 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 Rocznic polisy przypadającej w dniu

Zawieszenie opłacania składek

Zawieszenie opłacania składek regularnych od dnia⁷⁾

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 dnia⁸⁾

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

Wnoszę o wcześniejsze zakończenie Okresu składkowego od dnia⁹⁾

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 dyspozycji¹⁰⁾

Nazwisko i imię Podpis

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości¹¹⁾

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.