



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 ☐ mDowód
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 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	+	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
----	----	------

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)	☐ Zawarcie	☐ Rezygnacja
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**”.

Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia

[illegible]

^{a)} W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia na umowie, Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić formularz „Oświadczenie o stanie zdrowia”.

Rezygnacja z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji

DD MM RRRR

Zawieszenie opłacania składek

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

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)

☐ suma ubezpieczenia równa wartości polisy

^{a)} 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

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 dyspozycje)

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.

Nazwisko i imię _____ Podpis _____

Nazwisko i imię	Podpis
-----------------	--------

Miejscowość _____ dnia DD MM RRRR

[illegible][illegible]

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 własności 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 własności podpisu przez osoby zatrudnione w Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A. np. Dyrektorów Oddziałów, pracowników etatowych.