Nr polisy

# GENERALI Formularz dotyczący podziału składki pomiędzy fundusze

Proszę wypełnić wniosek drukowanymi literami. Każda korekta dokonana w niniejszym formularzu powinna zostać potwierdzona podpisem osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji.

## Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji

☐ Ubezpieczający ☐ Ubezpieczony[1)]

Imię/Nazwa firmy

Nazwisko /Nazwa firmy

NIP (wypełnić w przypadku firmy) PESEL

Typ dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ karta pobytu ☐ mDowód Nr dokumentu tożsamości

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.

## Instrukcja dotycząca wypełniania formularza

1. Prosimy o wskazanie, w oparciu o aktualną „Listę funduszy - załącznik do formularzy obsługowych", **oznaczenia i kodu** funduszu dla nowego podziału składki regularnej/dodatkowej/składki IKE/składki IKZE.
2. Prosimy o podanie wysokości udziału poszczególnych funduszy w procentach **(minimum 10%)**.
3. Suma udziałów funduszy musi wynosić **100%**.
4. Zmiana podziału składki regularnej pomiędzy fundusze obowiązuje od dnia następnego po otrzymaniu przez Towarzystwo poprawnie wypełnionego formularza, w stosunku do składek regularnych wymaganych i opłaconych po tym dniu. W celu zmiany funduszy na istniejącym rachunku należy wypełnić dodatkowo **Formularz dotyczący przeniesienia jednostek uczestnictwa**.
5. W przypadku gdy fundusze dla nowego podziału składki regularnej/dodatkowej/składki IKE/składki IKZE posiadają poziom ryzyka wyższy niż rekomendowany na podstawie wyników ankiety adekwatności przeprowadzonej przed zawarciem umowy ubezpieczenia, prosimy o podpisanie **Oświadczenia potwierdzającego rozszerzenie listy funduszy o fundusze nierekomendowane**. Brak podpisania oświadczenia spowoduje **brak zmiany podziału składki**.[3)]

[3)] Wynika z rekomendacji KNF i dotyczy umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków podpisanych po 31 marca roku.

## Oświadczenie potwierdzające rozszerzenie listy funduszy o fundusze nierekomendowane

**(dotyczy umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków podpisanych po 31 marca roku)**

Oświadczam, iż otrzymałam(em) informację, że wybrane przeze mnie ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe posiadają poziom ryzyka wyższy niż rekomendowany na podstawie wyników ankiety adekwatności, przeprowadzonej ze mną przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Mając na uwadze powyższe oraz będąc świadomym ryzyk związanych z inwestycją w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe wnoszę o rozszerzenie listy dostępnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych o fundusze posiadające ryzyko wyższe niż rekomendowane mi przez Towarzystwo.

**Poniższa klauzula dotyczy wyłącznie Klientów, którzy zawarli umowy ubezpieczenia na podstawie wniosków podpisanych po 19 marca 2020 roku i oznacza zmianę warunków umowy:**

Jestem świadoma(y), że rozszerzenie listy dostępnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych o fundusze o ryzyku wyższym niż rekomendowane przez Towarzystwo wiąże się z koniecznością zmiany warunków mojej umowy ubezpieczenia. Niniejsze potwierdzenie stanowi wolę dokonania zmiany warunków umowy ubezpieczenia, polegającej na rozszerzeniu pakietu dostępnych w ramach tej umowy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (aneks do umowy).

**Podpis osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji**

Imię i nazwisko Podpis



Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa, spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy XII 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 Instytut Nadzoru Ubezpieczeniowego (IVASS) pod nr 26. Centrum Klienta tel.: 913 913 913

8e-177-04.2024

## Podział pomiędzy fundusze składki regularnej/składki dodatkowej/składki IKE/składki IKZE

Kod „Listy funduszy”

☐ Składka regularna ☐ Składka IKE ☐ Składka IKZE

| | Oznaczenie funduszu | Kod funduszu | Procent |
|---|---|---|---|
| 1. | | | % |
| 2. | | | % |
| 3. | | | % |
| 4. | | | % |
| 5. | | | % |
| 6. | | | % |
| 7. | | | % |
| 8. | | | % |
| 9. | | | % |
| 10. | | | % |
| | | SUMA | 1 0 0 % |

### Składka dodatkowa

**Kwota składki dodatkowej** , zł

☐ Dyspozycja jednorazowa ☐ Dyspozycja stała[4)]

| | Oznaczenie funduszu | Kod funduszu | Procent |
|---|---|---|---|
| 1. | | | % |
| 2. | | | % |
| 3. | | | % |
| 4. | | | % |
| 5. | | | % |
| 6. | | | % |
| 7. | | | % |
| 8. | | | % |
| 9. | | | % |
| 10. | | | % |
| | | SUMA | 1 0 0 % |

[4)] Powyższy podział składki dodatkowej pomiędzy fundusze dotyczy wszystkich składek dodatkowych opłaconych po dacie otrzymania niniejszego oświadczenia przez Towarzystwo do daty wpływu jego zmiany lub odwołania.

## Oświadczenie osoby składającej dyspozycję - dotyczy umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków złożonych po 1 stycznia 2018 roku.

Oświadczam, że przed wyborem funduszu zapoznałam(em) się z treścią aktualnie obowiązującego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje, udostępnionego na stronie generali.pl w zakładce Strefa Klienta.

## Podpisy

Podpis osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji[5)]

| Imię i nazwisko | Podpis |
|---|---|
| | |

Pośrednik ubezpieczeniowy

| Imię i nazwisko | Podpis |
|---|---|
| | |

Miejscowość ..... dnia D D M M R R R R

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

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



Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa, spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy XII 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 Instytut Nadzoru Ubezpieczeniowego (IVASS) pod nr 26. Centrum Klienta tel.: 913 913 913