

WNIOSEK ZMIANY WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NUMER POLISY

OPPIA-F017-1-0119-PDF

PROSIMY WYPEŁNIĆ WNIOSEK DRUKOWANYMI LITERAMI ORAZ ZAZNACZYĆ ZMIANY, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ ZREALIZOWANE. ABY SKUTECZNIE ZŁOŻYĆ WNIOSEK, NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA POZA WSKAZANYMI JAKO NIEOBOWIĄZKOWE.

1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko / nazwa firmy (niepotrzebne skreślić) Płeć

PESEL Data urodzenia

NIP (dot. firmy) Nr dowodu osobistego / kod kraju i nr paszportu (dot. obcokrajowców)

REGON (dot. osób prawnych)

2. DANE KONTAKTOWE (DANE NIEOBOWIĄZKOWE)

Telefon komórkowy Telefon domowy

Adres e-mail

ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK:

- Możliwość zmiany częstotliwości jest zależna od okresu, na jaki została zawarta umowa. Po każdej zmianie termin wymagalności co najmniej jednej składki regularnej musi przypadać w rocznicę polisy.
- Zmiana będzie obowiązywać od daty wskazanej przez Prudential. Do tego czasu Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składkę zgodnie z dotychczasową częstotliwością.

częstotliwość opłacania składki: miesięczna kwartalna półroczna roczna

ZMIANA METODY OPŁACANIA SKŁADEK:

WNIOSKOWANA METODA

przelew elektroniczny polecenie zapłaty przelewy 24

– W przypadku polecenia zapłaty konieczne jest załączenie prawidłowo wypełnionej „Zgody na obciążenie rachunku”.

– Zmiana będzie obowiązywać od daty wskazanej przez Prudential. Do tego czasu ubezpieczający zobowiązany jest wpłacać składki zgodnie z dotychczasową metodą.

WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ:

NAZWA UMOWY DODATKOWEJ

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH:

– Zawieszenie jest możliwe po upływie 3 lat od początku okresu ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia wszystkich składek należnych za ten okres oraz pod warunkiem, że wartość wykupu w dniu składania wniosku o zawieszenie będzie przynajmniej równa wysokości bieżącej rocznej składki z tytułu umowy ubezpieczenia i obowiązujących umów dodatkowych w tym dniu.

– Okres zawieszenia nie może być krótszy niż 3 miesiące i dłuższy niż 12 miesięcy i powinien odpowiadać częstotliwości opłacania składek.

– Kolejne zawieszenie opłacania składek jest możliwe najwcześniej po upływie 5 lat od zakończenia poprzedniego.

– Zawieszenie wiąże się ze zmianą gwarantowanej sumy ubezpieczenia.

– Dla ubezpieczeń zawartych na podstawie OWU:

CHE/1/2013, CHE/1/2014, SAE/1/2013, SAE/1/2014, REE/1/2013, REE/1/2014 –

jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta z opcją gwarantowanego świadczenia w wysokości wpłaconych składek, opcja ta wygasa.

– Dla ubezpieczeń zawartych na podstawie OWU:

CHE/1/2015, CHE/1/2016, SAE/1/2015, SAE/1/2016, REE/1/2015, REE/1/2016 –

jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta z opcją gwarantowanego świadczenia w wysokości wpłaconych składek, opcja ta zostaje zastąpiona nowym, obniżonym poziomem gwarancji, wskazanym przez Prudential.

Okres zawieszenia: miesięcy Zmiana ma obowiązywać od:

PRZEKSZTAŁCENIE W UMOWĘ BEZSKŁADKOWĄ:

- Dla ubezpieczeń zawartych na podstawie OWU:
CHE/1/2013, CHE/1/2014, SAE/1/2013, SAE/1/2014, REE/1/2013, REE/1/2014 –
przekształcenie w umowę bezskładkową jest możliwe po upływie 5 lat ubezpieczenia, jeżeli wartość wykupu na dzień przekształcenia jest wyższa niż 5000 zł.
- Dla ubezpieczeń zawartych na podstawie OWU:
CHE/1/2015, CHE/1/2016, SAE/1/2015, SAE/1/2016, REE/1/2015, REE/1/2016 –
przekształcenie w umowę bezskładkową jest możliwe po upływie 5 lat ubezpieczenia, jeżeli Gwarantowana wartość wykupu na dzień przekształcenia jest wyższa niż 5000 zł i kwota ta wystarcza, aby wysokość Gwarantowanej sumy ubezpieczenia po przekształceniu Umowy w bezskładkową wynosiła co najmniej 5000 zł.
- Jeżeli zawarto umowy dodatkowe, ulegają one rozwiązaniu z dniem przekształcenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
- Po przekształceniu umowy ubezpieczenia w umowę bezskładkową nie jest możliwe przywrócenie postaci składkowej.
- Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe wiąże się z obniżeniem gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta z opcją gwarantowanego świadczenia w wysokości wpłaconych składek, opcja ta ulega rozwiązaniu.

Zmiana ma obowiązywać od:

<input type="text"/> MIEJSCOWOŚĆ	<input type="text"/>	<input type="text"/> MIEJSCOWOŚĆ	<input type="text"/>
<input type="text" value="D D M M R R R R R R"/>		<input type="text" value="D D M M R R R R R R"/>	
DATA I PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO LUB REPREZENTANTÓW UBEZPIECZAJĄCEGO		DATA I PODPIS UBEZPIECZONEGO LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO W PRZYPADKU MAŁOLETNIICH, OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH LUB OSÓB Z OGRANICZONĄ ZDOLNOŚCIĄ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH	
<input type="text"/> IMIĘ I NAZWISKO REPREZENTANTA		<input type="text"/> IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	
<input type="text"/> PESEL REPREZENTANTA (LUB DATA URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL)		<input type="text"/> PESEL PRZEDSTAWICIELA (LUB DATA URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL)	
<input type="text"/> MIEJSCE URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL		<input type="text"/> MIEJSCE URODZENIA W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH NR. PESEL	
<input type="text"/> SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ		<input type="text"/> SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ	
<input type="text"/> OBYWATELSTWO		<input type="text"/> OBYWATELSTWO	

3. OŚWIADCZENIE KONSULTANTA

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wykonałam/em wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

<input type="text" value="D D M M R R R R R R"/> DATA	<input type="text"/> MIEJSCOWOŚĆ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> IMIĘ I NAZWISKO KONSULTANTA	<input type="text"/> NUMER	<input type="text"/> ODDZIAŁ	<input type="text"/> PODPIS