

# Wniosek o zmianę warunków umowy grupowego ubezpieczenia na życie



VIENNA INSURANCE GROUP

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Dystrybutor ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Nr POLISY \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nr RKS \_\_\_\_\_ MAG/KAM \_\_\_\_\_  
**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (wypełnia Ubezpieczający)**

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej \_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ KRS / ew. gosp. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ pieczęć firmowa Ubezpieczającego \_\_\_\_\_ Numer PKD \_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_ Nr faksu \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
korespondencyjny \_\_\_\_\_

**OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO (do sporządzania i podpisywania dokumentów związanych z obsługą umowy ubezpieczenia oraz do składania oświadczeń zgodnie z udzielonym pełnomocnictwem)**

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

Wzór podpisu i pieczęć Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

**PROPONOWANA DATA ZMIANY WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA** 01 . M . M . R . R . R . R .

Składka za Pracownika \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ zł w tym finansowana przez: Pracownika \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ zł Pracodawcę \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ zł  
Składka za Małżonka / Partnera / Pełnoletnie dziecko \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ zł Częstotliwość opłacania składki  roczna  półroczna  kwartalna  miesięczna

## INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO

Niniejszy wniosek jest podpisywany przez Ubezpieczającego, tj. osoby upoważnione do składania oświadczeń zgodnie z KRS lub wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub zgodnie z pełnomocnictwem Ubezpieczającego.

• Do wniosku Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć następujące dokumenty:

- a) podpisaną przez Ubezpieczającego propozycję ubezpieczenia otrzymaną od Towarzystwa, jaka ma obowiązywać po zmianie,
- b) deklarację zgody osób ubezpieczonych – jeśli są wymagane.

• Niniejszy wniosek Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa nie później niż w dniu poprzedzającym dzień proponowanej w niniejszym wniosku daty zmiany warunków umowy ubezpieczenia.

• W przypadku zmian w danych Ubezpieczającego, w tym co do reprezentacji Ubezpieczającego, do wniosku o zmianę warunków umowy ubezpieczenia należy dołączyć dokumenty aktualizujące dane, a w razie potrzeby również dokumenty uzupełniające dane.

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

• Wnoszę o zmianę umowy grupowego ubezpieczenia na życie zgodnie z podpisaną propozycją ubezpieczenia załączoną do niniejszego wniosku.

• Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem i zapoznałem się z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie oraz ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych.

• Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń przekazał mi dokument, zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument ten ma charakter informacyjny i nie stanowi części umowy ubezpieczenia.

• Oświadczam, że osoby ubezpieczone przed udzieleniem przez nie zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia otrzymały i zapoznały się z dokumentem stanowiącym załącznik do niniejszego wniosku określającym proponowane zmiany i wyraziły zgodę na zmianę warunków umowy ubezpieczenia zgodnie z tym dokumentem.

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

Data D, D . M, M . R, R, R, R . \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ pieczęć Ubezpieczającego i podpisy osób zgodnie z KRS / ewid. gosp.

Data, podpis, Nazwisko i imię osoby wykonującej \_\_\_\_\_ Nr statystyczny osoby wykonującej czynności \_\_\_\_\_  
czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_

Data, pieczęć i podpis \_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis \_\_\_\_\_  
Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ sprawdzającego wniosek (RDS) \_\_\_\_\_