



WNIOSEK o zmianę danych ubezpieczeniowych

Instrukcja postępowania

Prosimy o zapoznanie się z poniższą instrukcją.

1. Niniejszy wniosek należy wypełnić w przypadku chęci dokonania zmian w umowie ubezpieczenia indywidualnego.
2. W bloku „Szczegóły zmian” należy znakiem „X” zaznaczyć wnioskowaną zmianę lub zmiany, następnie w odpowiedniej części należy zaznaczyć szczegóły dotyczące zmiany.
3. Wniosek o dokonanie zmiany: zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składki należy złożyć na co najmniej 60 dni przed Rocznicą Polisy.
4. Wniosek o zmianę wysokości składki w ubezpieczeniu PROTEKTOR należy złożyć na co najmniej 65 dni przed Rocznicą Polisy.
5. Dodanie opcji: poważne zachorowanie (PZ), trwała i całkowita niezdolność do pracy (NP) oraz podwyższenie sumy ubezpieczenia wymagają wypełnienia przez Ubezpieczonego Kwestionariusza Medycznego.
6. Opcje: Inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) oraz Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (USNW) funkcjonują zamiennie. Nie jest możliwe posiadanie obu opcji jednocześnie. Nie jest możliwe rozszerzenie ochrony o opcję NW w przypadku posiadania opcji USNW oraz nie jest możliwe dodanie opcji USNW w przypadku posiadania opcji NW.
7. Za dokonanie zmiany udziału jednostek w funduszach oraz podziału składki pomiędzy fundusze Ubezpieczyciel pobiera opłatę zgodnie z OWU (z wyłączeniem IKE).
8. Wypełniony wniosek wraz z wymaganymi dokumentami należy przesłać na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9⁰⁰ do 17⁰⁰ pod numerem telefonu: 801 801 111 lub 22 319 0000.

Dane Ubezpieczającego

Numer polisy

Ubezpieczenie:

 Terminowe Terminowe PROTEKTOR Posagowe z Funduszem Inwestycyjne IKE

Imię i Nazwisko / Nazwa instytucji _____

PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Seria i nr paszportu *

Telefon kontaktowy _____

E-mail _____

Ulica _____

Nr domu _____

Nr lok. _____

Kod pocztowy

Miejscowość _____

* dotyczy cudzoziemców

Szczegóły Zmian

Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia: *

obniżenie do kwoty

, PLN

podwyższenie do kwoty

, PLN

* nie dotyczy ubezpieczenia: Terminowego, Inwestycyjnego, IKE, PROTEKTOR

Szczegóły Zmian

Zmiana zakresu ochrony ubezpieczeniowej: *

Trwała i całkowita niezdolność do pracy (NP)	<input type="checkbox"/> dodanie	<input type="checkbox"/> rezygnacja
Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku (SNW)	<input type="checkbox"/> dodanie	<input type="checkbox"/> rezygnacja
Inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW)	<input type="checkbox"/> dodanie	<input type="checkbox"/> rezygnacja
Poważne zachorowanie (PZ)	<input type="checkbox"/> dodanie	<input type="checkbox"/> rezygnacja
Leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku (LS)	<input type="checkbox"/> dodanie	<input type="checkbox"/> rezygnacja
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (USNW)	<input type="checkbox"/> dodanie	<input type="checkbox"/> rezygnacja

* nie dotyczy ubezpieczenia: Inwestycyjnego, IKE, PROTEKTOR

Zmiana częstotliwości opłacania składki: *

roczne półroczne kwartalne miesięczne

* nie dotyczy ubezpieczenia: PROTEKTOR, Terminowego, IKE

Zawieszenie opłacania składki: *

Od dnia** -- do dnia -- tj. miesięcy (maksymalnie 12)

* nie dotyczy ubezpieczenia: Terminowego, IKE, PROTEKTOR

** data wymagalności pierwszej niezapłaconej składki

Zmiana udziału jednostek w funduszach:

1. Termin dokonania zmiany (należy wybrać jedną z poniższych opcji):

w dniu wyceny* przypadającej bezpośrednio po zarejestrowaniu wniosku zmiany

(wniosek należy złożyć co najmniej 5 dni przed dniem wyceny, w przypadku przekroczenia terminu, zmiana może zostać dokonana w dniu kolejnej wyceny)

w dniu wyceny przypadającej bezpośrednio po rocznicy polisy

(wniosek należy złożyć co najmniej 60 dni przed rocznicą polisy)

2. Nowy udział jednostek w funduszach (należy uzupełnić tabelę, udział jednostek w funduszach musi być wyrażony w pełnych dziesiątkach)

NAZWA FUNDUSZU	PROCENTOWY UDZIAŁ JEDNOSTEK W FUNDUSZU
CARDIF AKTYWNY	
CARDIF BEZPIECZNY	
	100 %

* piątnasty dzień, a jeżeli jest to dzień wolny od pracy - pierwszy dzień roboczy po tej dacie oraz ostatni dzień roboczy każdego miesiąca

Zmiana podziału składki pomiędzy fundusze:

1. Termin dokonania zmiany (należy wybrać jedną z poniższych opcji):

bezpośrednio po zarejestrowaniu wnioskowanej zmiany

w rocznicę polisy

(wniosek należy złożyć co najmniej 60 dni przed rocznicą polisy)

2. Nowy podział składki (należy uzupełnić tabelę, udział funduszy musi być wyrażony w pełnych dziesiątkach)

NAZWA FUNDUSZU	PROCENTOWY UDZIAŁ FUNDUSZY W SKŁADCE
CARDIF AKTYWNY	
CARDIF BEZPIECZNY	
	100 %

Zmiana wysokości składki w ubezpieczeniu PROTEKTOR:

Wariant I

Wariant II

Wariant III

Rezygnacja z blankietów wpłat:

Rezygnuję z otrzymywania blankietów wpłat.

Załączniki i podpisy

Wymagane dokumenty:

Kwestionariusz medyczny (wypełnia Ubezpieczony).

Miejscowość _____

Data podpisania _____

Podpis Ubezpieczającego _____