

Wniosek zmiany warunków umowy ubezpieczenia

Numer polisy

OPPIA-F017-4-0724-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami oraz zaznaczyć zmiany, które mają zostać zrealizowane. Aby skutecznie wypełnić 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)

 K M

Nr dowodu osobistego/nr mDowodu/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 przelewy24

- 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/gwarantowanej sumy z tytułu dożycia.
- 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: | miesiący 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.
- Dla ubezpieczeń zawartych na podstawie OWU:
CHE/1/2017, CHE/1/2018, CHE/1/2019, CHE/1/2020, CHE/1/2021, CHE/1/2022, CHE/2/2022, CHE/1/2024, CHE/2/2024, SAE/1/2017, SAE/1/2018, SAE/1/2019, SAE/1/2020, SAE/1/2021, SAE/1/2022, SAE/2/2022, SAE/1/2024, REE/1/2017, REE/1/2018, REE/1/2019, REE/1/2020, REE/1/2021, REE/1/2022, REE/2/2022, REE/1/2024 – przekształcenie w umowę bezskładkową jest możliwe po upływie połowy Okresu ubezpieczenia i wszystkie składki za Umowę należne za ten okres zostały opłacone przez Ubezpieczającego.
- 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/gwarantowanej wartości wykupu.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta z opcją gwarantowanego świadczenia w wysokości wpłaconych składek, opcja ta ulega rozwiązaniu.

Zmiana ma obowiązywać od: | | | | | | | | |

Miejscowość

Data i podpis Ubezpieczającego albo osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Miejscowość

Data i podpis Ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego w przypadku osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych lub osób z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych

Dane osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Imię i nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr PESEL)

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr PESEL)

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

3. Oświadczenie Konsultanta

Przekazałem/am Ubezpieczającemu pełną informację o warunkach umowy ubezpieczenia, której dotyczy niniejszy wniosek.

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami oraz że widziałem/am wszystkich Ubezpieczonych wskazanych w niniejszym wniosku lub załącznikach do wniosku w dniu wypełniania oraz podpisania niniejszego wniosku.

W przypadku Ubezpieczających działających poprzez reprezentanta potwierdzam, że zweryfikowałem, iż osoba reprezentująca Ubezpieczającego jest odpowiednio umocowana do działania w jego imieniu.

Ponadto potwierdzam, że w stosunku do reprezentantów podpisujących niniejszy wniosek wykonałem/am czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

Data

Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta

Numer

Oddział

Podpis