



* 8 1 8 9 0 2 0 1 *



[Redacted area]

Pieczęć wpływu do placówki przyjmującej zgłoszenie

ZGŁOSZENIE ZMIAN W UMOWIE

Proszę wypełnić wniosek dużymi drukowanymi literami

I Dane umowy (zmiana dotyczy wyłącznie jednej umowy)

Nazwa ubezpieczenia [Redacted]

Nr umowy [Redacted] Nr rachunku udziałów (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) [Redacted]

II Zakres zmian

| Zmiana danych osobowo-adresowych | Zmiana warunków umowy | Określenie kogo dotyczy zmiana |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> zmiana danych osobowych | <input type="checkbox"/> zmiana częstotliwości opłacania składek | <input type="checkbox"/> ubezpieczającego |
| <input type="checkbox"/> zmiana adresu | <input type="checkbox"/> zawieszenie opłacania składek | <input type="checkbox"/> ubezpieczonego (gdy jest inną osobą niż ubezpieczający) |
| <input type="checkbox"/> zmiana rachunku bankowego | <input type="checkbox"/> skrócenie okresu ubezpieczenia | <input type="checkbox"/> współubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> zmiana ubezpieczającego | <input type="checkbox"/> zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe | <input type="checkbox"/> oszczędzającego |
| <input type="checkbox"/> zmiana uposażonych/współubezpieczonych/ pełnomocnika | <input type="checkbox"/> zmiana zakresu ubezpieczenia Opieka Medyczna | <input type="checkbox"/> pełnomocnika |
| | <input type="checkbox"/> zmiana świadczeniodawcy Opieka Medyczna | <input type="checkbox"/> uposażonego |
| | <input type="checkbox"/> zmiana w zakresie umów ubezpieczeń dodatkowych | |

III Dane zgłaszającego

Nazwisko/Nazwa [Redacted]

Pierwsze imię [Redacted] Drugie imię [Redacted]

Data urodzenia [Redacted] Pesel/Regon [Redacted]

Dokument tożsamości dowód tożsamości paszport karta pobytu prawo jazdy Seria i numer [Redacted]

IV Aktualne dane

Nazwisko/Nazwa [Redacted]

Pierwsze imię [Redacted] Drugie imię [Redacted]

Data urodzenia [Redacted] Pesel/Regon [Redacted]

Dokument tożsamości dowód tożsamości paszport karta pobytu prawo jazdy Seria i numer [Redacted]

Obywatelstwo Polskie Inne [Redacted]

Adres do korespondencji:

Miejscowość [Redacted]

Ulica [Redacted]

Nr domu [Redacted] Nr lokalu [Redacted]

Kod pocztowy [Redacted] Poczta [Redacted]

Telefon kontaktowy [Redacted] E-mail [Redacted]

Kraj Polska Inny [Redacted]

Nr rachunku bankowego [Redacted]

V Zmiana uposażonych

Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i nie wyznaczam uposażonych.
 Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam, jako uposażonych następujące osoby:

1.
Nazwisko/Nazwa

Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia

DD - MM - RRRR Regon % świadczenia %

Adres do korespondencji:

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta
Kraj Polska Inny

2.
Nazwisko/Nazwa

Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia

DD - MM - RRRR Regon % świadczenia %

Adres do korespondencji:

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta
Kraj Polska Inny

3.
Nazwisko/Nazwa

Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia

DD - MM - RRRR Regon % świadczenia %

Adres do korespondencji:

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta
Kraj Polska Inny

Razem %

VI Zmiana częstotliwości opłacania składek

miesięcznie kwartalnie półrocznie rocznie jednorazowo

VII Zmiana zakresu ubezpieczenia – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych Opieka Medyczna, wypełnia ubezpieczający (w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia dla ubezpieczonego/współubezpieczonego wymagana jest jego zgoda – prosimy dodatkowo wypełnić pkt 1 w części XIII formularza)

Nazwa zakresu ubezpieczenia podstawowego

 zł
Kod zakresu Składka

Wnioskowana data początku odpowiedzialności w nowym zakresie ubezpieczenia od miesiąca –

Data wpłaty składki –

VIII Zmiana świadczeniodawcy – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych Opieka Medyczna

Nazwa świadczeniodawcy

IX Zawieszenie opłacania składek – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

od dnia – , liczba miesięcy (maksymalnie 6 miesięcy)

X Skrócenie okresu ubezpieczenia – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

Jeżeli ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony, wymagana jest zgoda ubezpieczonego na zmianę – prosimy o wypełnienie pkt. 2 w części XIII formularza.

o 1 rok o 2 lata o 3 lata o 4 lata o 5 lat

XI Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

Jeżeli ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony, wymagana jest zgoda ubezpieczonego na zmianę – prosimy o wypełnienie pkt. 3 w części XIII formularza.

od dnia –

XII Zmiana w zakresie umów ubezpieczeń dodatkowych – dotyczy ubezpieczeń indywidualnych kapitałowo-ochronnych

W przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego należy zawsze załączyć wypełniony Wniosek Medyczny. Gdy ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony wymagana jest zgoda ubezpieczonego – prosimy dodatkowo wypełnić pkt 4 i 5 w części XIII formularza.

| Ubezpieczenie dodatkowe | Składka | Zawarcie | Wypowiedzenie | Odstąpienie | Kontynuacja umowy | Wariant ubezpieczenia | Suma ubezpieczenia |
|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|
| NW | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| WK | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| TI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| TN | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| ZK | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| OP | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| CC | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| LS | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 zł |

Skrócone i pełne nazwy ubezpieczeń dodatkowych:

- NW** – dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
- WK** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym
- TI** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

- TN** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie przejęcia obowiązku opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy
- ZK** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek złamania kości ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- OP** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznej
- CC** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby
- LS** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego

XIII Oświadczenia

Jako ubezpieczony/współubezpieczony:

Wyrażam zgodę na zmiany w ubezpieczeniu wskazane w części VII.

Jako ubezpieczony:

- Wyrażam zgodę na zmiany w ubezpieczeniu wskazane w części X.
- Wyrażam zgodę na zmiany w ubezpieczeniu wskazane w części XI.
- Wyrażam zgodę na skorzystanie z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia/ubezpieczeń dodatkowych wskazanych w części XII, na warunkach określonych w umowie/ umowach ubezpieczenia dodatkowego, w tym na wysokość sumy (sum) ubezpieczenia.

- Wyrażam zgodę na zawarcie na kolejny okres umów ubezpieczenia, zaznaczonych przeze mnie w części XII, na mój rachunek na zasadach i warunkach opisanych we wskazanych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, w tym na wysokość sumy (sum) ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości sms lub e-mail, na wskazane powyżej dane kontaktowe: numer telefonu i adres, informacji dotyczących zawartych oraz wnioskowanych umów ubezpieczenia przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

Jako ubezpieczający:

Otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których wnioskuję o zawarcie umowy/umów.

Miejscowość

Data

Podpis ubezpieczającego

Podpis ubezpieczonego/oszczędzającego
(gdy jest inną osobą niż ubezpieczający)

Podpis współubezpieczonego

XIV Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia

Data przyjęcia zgłoszenia

NEPU

Nr telefonu osoby przyjmującej zgłoszenie

Pieczętka imienna i podpis
osoby upoważnionej przez PZU Życie SA