



Formularz zmian na Polisie Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum/Certum Max¹⁾

Nr polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UWAGA: Za datę obowiązywania zmian dokonanych przez Ubezpieczonego i dotyczących zmiany Uposażonych, zmiany danych osobowych Ubezpieczonego, zmiany adresu oraz wskazania Konkubenta uważa się datę wpływu do Towarzystwa niniejszego formularza.

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

--

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zmiana podgrupy (zmiana zakresu ubezpieczenia/zmiana sumy ubezpieczenia) | <input type="checkbox"/> zmiana oświadczenia o pozostawaniu w związku nieformalnym |
| <input type="checkbox"/> zmiana pakietu | <input type="checkbox"/> zmiana Uposażonych |
| <input type="checkbox"/> zmiana danych osobowych Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> zmiana adresu |

Dane osoby składającej formularz

Imię i Nazwisko

Tel. komórkowy

 PESEL

Zmiana podgrupy**

**W przypadku dokonywania zmiany podgrupy w programach sponsorowanych wynikającej ze zmiany stanowiska wymagane jest złożenie podpisu przez osobę upoważnioną przez Ubezpieczającego.

Proszę zaznaczyć i uzupełnić odpowiednie pole:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> zmiana podgrupy | aktualny numer podgrupy <table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> </table> | nowy numer podgrupy <table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> </table> |
| <input type="checkbox"/> zmiana pakietu | aktualny pakiet <table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> </table> | nowy pakiet <table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> </table> |

Deklaruję następujące wysokości składek oraz upoważniam Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Towarzystwa z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾:

Składka ochronna : w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

Niniejszym oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia w tym z zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia, wynikającymi z wybranej przeze mnie podgrupy/pakietu¹⁾ w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A. (zwaną dalej Towarzystwem).

UWAGA: Za datę obowiązywania zmiany podgrupy/pakietu uważa się najbliższy termin należności składki następujący po dacie podpisania niniejszego formularza przez Ubezpieczonego, o ile formularz został przekazany do Towarzystwa.

Zmiana Uposażonego (łączna wartość powinna wynosić 100%)

Nazwisko i Imię <table border="1" style="width: 200px; height: 20px;"> </table>	Adres <table border="1" style="width: 200px; height: 20px;"> </table>	Data urodzenia	DD <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	MM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	RRRR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	% sumy ubezpieczenia		%
Nazwisko i Imię <table border="1" style="width: 200px; height: 20px;"> </table>	Adres <table border="1" style="width: 200px; height: 20px;"> </table>	Data urodzenia	DD <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	MM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	RRRR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	% sumy ubezpieczenia		%
Nazwisko i Imię <table border="1" style="width: 200px; height: 20px;"> </table>	Adres <table border="1" style="width: 200px; height: 20px;"> </table>	Data urodzenia	DD <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	MM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	RRRR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	% sumy ubezpieczenia		%

Zmiana adresu do korespondencji (nowy obowiązujący adres):

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość

 Kod pocztowy

 -

Tel. komórkowy

 E-mail

Podany numer telefonu komórkowego służy także do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta, itp.
Podany adres E-mail służy przesyłaniu istotnych informacji dotyczących umowy ubezpieczenia

Zmiana nazwiska

Poprzednie nazwisko

Nowe nazwisko

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią¹⁾

(Imię i Nazwisko Ubezpieczonego)

....., numer PESEL

(Imię i Nazwisko Konkubenta)

w związku nieformalnym.

Data

Podpis osoby składającej formularz

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego**

Objaśnienia
¹⁾ Niepotrzebne skreślić.