



## 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 w wymaganymi dokumentami należy przesłać pod adres email: [obsługa@cardif.pl](mailto:obsługa@cardif.pl) lub pocztą pod adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup> 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 \_\_\_\_\_