

INFORMACJE POMOCNE W WYPEŁNIANIU WNIOSKU O DOKONANIE ZMIAN

RODZAJE ZMIAN

Proszę zaznaczyć znakiem wyboru rodzaj dokonywanej zmiany. Jeśli zmiana nie jest wymieniona we wniosku, proszę zaznaczyć znakiem wyboru nieopisane pole i określić rodzaj zmiany poprzez wpisanie jej w wykropkowane miejsce. Przy pomocy jednego wniosku można dokonać kilku zmian jednocześnie.

SZCZEGÓŁY ZMIAN

Numer zmiany – proszę o wpisanie numeru zmiany, jaki znajduje się przed znakiem wyboru w sekcji RODZAJE ZMIAN.

Dane przed zmianą – proszę o podanie danych dotychczasowych.

Dane po zmianie – proszę o podanie danych, jakie mają obowiązywać po zmianie.

Numer zmiany	Rodzaj zmiany	Wymagane dodatkowe dokumenty / formularze	Jak wypełnić pole „Dane przed zmianą”?	Jak wypełnić pole „Dane po zmianie”?	
1.	Adres korespondencyjny Ubezpieczającego	niewymagane	proszę podać dane przed zmianą: - ulicę - numer mieszkania - numer domu - kod pocztowy - miasto	proszę podać dane po zmianie: - ulicę - numer mieszkania - numer domu - kod pocztowy - miasto	
2.	Adres zamieszkania Ubezpieczającego	niewymagane	proszę wpisać: - nazwisko / nazwę przed zmianą	proszę wpisać: - nazwisko / nazwę po zmianie	
3.	Nazwisko / nazwa Ubezpieczającego	niewymagane	proszę podać dane przed zmianą: - ulicę - numer mieszkania - numer domu - kod pocztowy - miasto	proszę podać dane po zmianie: - ulicę - numer mieszkania - numer domu - kod pocztowy - miasto	
4.	Adres korespondencyjny Ubezpieczonego	niewymagane	proszę wpisać: - nazwisko / nazwę przed zmianą	proszę wpisać: - nazwisko / nazwę po zmianie	
5.	Adres zamieszkania Ubezpieczonego	niewymagane	proszę podać dane przed zmianą: - ulicę - numer mieszkania - numer domu - kod pocztowy - miasto	proszę podać dane po zmianie: - ulicę - numer mieszkania - numer domu - kod pocztowy - miasto	
6.	Nazwisko Ubezpieczonego	niewymagane	proszę wpisać: - nazwisko / nazwę przed zmianą	proszę wpisać: - nazwisko / nazwę po zmianie	
7.	Ubezpieczający*	oświadczenie dotyczące zmiany Ubezpieczającego	dane poprzedniego Ubezpieczającego: imię i nazwisko (nazwę w przypadku firmy), dokładny adres, PESEL / REGON, NIP	dane nowego Ubezpieczającego: - imię i nazwisko (nazwę w przypadku firmy) - PESEL/REGON - NIP - PESEL Reprezentantów - seria i nr dowodu osobistego - dokładny adres zamieszkania/siedziba i do korespondencji - relacje z Ubezpieczonym - dochody roczne brutto - posiadanie polisy - obywatelstwo - nazwa zakładu pracy/ zawód wykonywany/ stanowisko/branża (w przypadku działalności gospodarczej) - aktualny odpis KRS	
8.	Uposażeni Główni	niewymagane	nie musi być wypełniane	proszę podać dane nowych uposażonych: - imię i nazwisko - numer PESEL (REGON lub NIP w przypadku firmy) - datę urodzenia - udział procentowy - pokrewieństwo z Ubezpieczonym - obywatelstwo	
9.	Uposażeni Zastępczy	niewymagane			
10.	Metoda opłacania składek	polecenie zapłaty	- formularz zgody do obciążania rachunku	proszę wpisać: - metodę płatności przed zmianą	proszę wpisać: - metodę płatności po zmianie
		karta kredytowa	- formularz obciążenia karty kredytowej		
		przekaz wpłaty (tylko rocznie)	niewymagane		
11.	Częstotliwość opłacania składek	niewymagane	proszę wpisać: - częstotliwość opłacania składek przed zmianą	proszę wpisać: - częstotliwość opłacania składek po zmianie	
12.	Dzień pobrania składki (tylko dla polecenia zapłaty i karty kredytowej)	niewymagane	proszę wpisać: - dotychczasowy dzień pobrania składki	proszę wpisać: - dzień pobrania składki po zmianie	
13.	Numer rachunku bankowego	formularz zgody do obciążenia rachunku	nie musi być wypełniane	proszę o wpisanie: nazwy banku oraz dokładnego numeru rachunku łącznie z numerem rozliczeniowym banku	
14.	Dokupienie umowy dodatkowej	- oświadczenie o stanie zdrowia (dokupienie umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od daty wystawienia polisy) - ankieta medyczna (dokupienie umowy dodatkowej w rocznicę polisy lub gdy stan zdrowia Ubezpieczonego uległ zmianie niezależnie od okresu w którym składane są dokumenty)	nie musi być wypełniane	proszę podać dane po zmianie: - pełną nazwę produktu dokupowanej umowy - sumę ubezpieczenia	

*W przypadku zmiany Ubezpieczającego konieczne jest spotkanie z obsługującym Agentem Ubezpieczeniowym, lub gdy stan zdrowia Ubezpieczonego uległ zmianie niezależnie od okresu w którym składane są dokumenty.

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY / FORMULARZE

Proszę wpisać ich nazwę.

DANE DOTYCZĄCE EWENTUALNEGO ZWROTU NADPŁATY

Proszę wypełnić w przypadku obniżenia sumy ubezpieczenia oraz rezygnacji z umowy dodatkowej:

- **na poczet składek regularnych** – proszę zaznaczyć, jeśli nadpłata ma zostać przeznaczona na poczet kolejnych składek regularnych;

- **zwrot przekazem pocztowym na adres korespondencyjny** – proszę zaznaczyć, jeśli nadpłata ma zostać zwrócona przekazem;

- **zwrot na rachunek** – proszę zaznaczyć, jeśli nadpłata ma zostać zwrócona na rachunek (prosimy o podanie dokładnego numeru rozliczeniowego banku oraz numeru rachunku).

PODPISY

Jeśli Ubezpieczony i Ubezpieczający to ta sama osoba, wystarczy podpis w polu obecnego Ubezpieczającego.

Prosimy o przekazanie wypełnionego formularza Agentowi lub o przesłanie na adres Pramerica Życie TUIR SA, al. Jana Pawła II 23, 00-854 Warszawa

DZIĘKUJEMY