



ŻYCIE TUW

# WNIOSEK DO ZMIANY DANYCH

PRZED UZUPEŁNIENIEM WNIOSKU NALEŻY ZAPOZNAĆ SIĘ Z INSTRUKCJĄ

Nr Polisy:

Ubezpieczający

Ubezpieczony

Imię i nazwisko / Nazwa firmy
PESEL / NIP
<input type="text"/>

Imię i nazwisko
PESEL / Data urodzenia
<input type="text"/>

**Zmiana Uposażonego**

- 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:

	Imię i nazwisko / Nazwa	PESEL lub data urodzenia / REGON	Adres korespondencyjny	Udział
1.		<input type="text"/>		.....%
2.		<input type="text"/>		.....%
3.		<input type="text"/>		.....%
4.		<input type="text"/>		.....%

	Uposażeni zastępczy: Imię i nazwisko / Nazwa	PESEL lub data urodzenia / REGON	Adres korespondencyjny	Udział
1.		<input type="text"/>		.....%
2.		<input type="text"/>		.....%
3.		<input type="text"/>		.....%
4.		<input type="text"/>		.....%

**Zmiana danych dotycząca:**

- Ubezpieczającego     Ubezpiezonego

Imię i Nazwisko (w przypadku zmiany nazwiska prosimy złożyć podpis używany przed zmianą) / Nazwa firmy

PESEL / NIP

- Dowód osobisty     Karta pobytu     Paszport

Seria i numer

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Adres zamieszkania / Siedziby

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość



Kod pocztowy

Kraj

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

Adres korespondencyjny  
Ulica

<input type="text"/>
----------------------

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Kod pocztowy

Kraj

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

 **Zmiana sumy ubezpieczenia**

Umowy dodatkowe	
Nazwa umowy	Wysokość sumy Ubezpieczenia
<input type="checkbox"/> Acti OCHRONA TERMINOWA	
<input type="checkbox"/> Acti OCHRONA – umowa podstawowa	
<input type="checkbox"/> Śmierć lub trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku NW	
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu w wyniku NW	
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	
<input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy	
<input type="checkbox"/> MACIF dla Ciebie - umowa podstawowa	
<input type="checkbox"/> Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	
<input type="checkbox"/> Niezdolność do samodzielnej egzystencji	
<input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy	
<input type="checkbox"/> Operacje	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu (z każdej przyczyny)	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - 90 dni	
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - 180 dni	
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie - 4 stany chorobowe	
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie - 25 stanów chorobowych	
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	

 **Zmiana częstotliwości płatności**

 Po zmianie:  Roczna  Półroczna  Kwartalna  Miesięczna

 Dzień płatności:  5  10  15  25

 **Zmiana formy płatności**

 Po zmianie:  polecenie zapłaty  przelew

 Dzień płatności:  5  10  15  25

 **Zmiana wysokości składki regularnej**

 Proszę o zmianę wysokości składki regularnej z  zł na  zł

 Składka regularna w wysokości  zł będzie pobierana  5  10  15  25 dnia każdego miesiąca

Data: <input type="text"/>	Miejscowość: <input type="text"/>	Czytelny podpis Ubezpieczonego przed zmianą nazwiska	Czytelny podpis Ubezpieczającego przed zmianą nazwiska
-------------------------------	--------------------------------------	--	--

Data: <input type="text"/>	Miejscowość: <input type="text"/>	Czytelny podpis Ubezpieczonego	Czytelny podpis Ubezpieczającego
-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

## WAŻNE INFORMACJE

1. Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, uzupełniając wyłącznie modyfikowane pola.
2. Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio zaznaczyć znakiem „X” lub pozostawić puste.
3. Błędne informacje na formularzu należy przekreślić ciągłą linią, wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być, pod rygorem nieważności, poświadczone podpisem osoby uprawnionej (Ubezpieczającego/Ubezpieczonego), zgodnym z podpisem złożonym na wniosku.
4. Należy obowiązkowo wypełnić dane zarówno Ubezpieczającego, jak i Ubezpieczonego, podając imię i nazwisko/nazwę firmy, PESEL/REGON.
5. Uzupełniony „Wniosek do zmiany danych” musi być czytelnie podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli jest inną osobą niż Ubezpieczający). Miejsce na obowiązkowy podpis, jak również na wpisanie daty i miejscowości, znajduje się na dole strony 2/3.

## ZMIANA UPOSAŻONEGO

Wskazując nowych Uposażonych należy podać ich numer PESEL lub datę urodzenia, adres korespondencyjny, a także udział procentowy poszczególnych Uposażonych. W przypadku podania, jako Uposażonego, osoby prawnej (np. banku) należy podać pełną nazwę banku oraz jego dokładny adres, jak również numer REGON. Jeżeli zostanie oznaczona opcja zmiany Uposażonego, a nie zostanie podany nowy Uposażony (tabela zostanie pusta) lub jeżeli zostanie zaznaczone pole unieważniające dotychczasowych Uposażonych bez wyznaczenia nowych, Uposażonymi będą osoby zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

## ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

Aby zawniioskować o obniżenie lub zwiększenie sumy ubezpieczenia, należy zaznaczyć umowę, której dotyczy zmiana oraz wskazać nową sumę ubezpieczenia. Przy wnioskowaniu o zwiększenie sumy ubezpieczenia należy wypełnić kwestionariusz zdrowia, opisać szczegółowo aktualnie wykonywanego zawodu oraz uprawianego sportu/hobby. Towarzystwo może poprosić Ubezpieczonego o dostarczanie dodatkowych dokumentów oraz skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.

Ubezpieczenie	Suma ubezpieczenia		
<b>Acti OCHRONA TERMINOWA</b>	10 000 zł – 3 000 000 zł		wielokrotność 10 000 zł
<b>Acti OCHRONA</b>	30 000 zł – 3 000 000 zł		wielokrotność 10 000 zł
<b>Umowy dodatkowe:</b>			
• Śmierć lub trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	równa sumie ubezpieczenia z umowy podstawowej Acti OCHRONA, jednak nie więcej niż 1 200 000 zł		
• Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	100 zł	200 zł	300 zł/dzień pobytu
• Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku; • Trwała i całkowita niezdolność do pracy; • Poważne zachorowania.	25 000 zł – 600 000 zł		wielokrotność 25 000 zł, jednak nie więcej niż w umowie podstawowej Acti OCHRONA
<b>MACIF dla Ciebie</b>	1 000 zł – 3 000 000 zł		w przedziale co 1 000 zł
<b>Umowy dodatkowe:</b>			
• Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	1 000 zł – 3 000 000 zł		w przedziale co 1 000 zł
• Niezdolność do samodzielnej egzystencji.	1 000 zł – 3 000 000 zł		
• Trwała i całkowita niezdolność do pracy; • Poważne zachorowanie - (4 stany chorobowe); • Poważne zachorowanie - (25 stanów chorobowych); • Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	1 000 zł – 1 000 000 zł		
• Operacje	1 000 zł – 100 000 zł		
• Pobyt w szpitalu (z każdej przyczyny); • Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 90 dni; • Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 180 dni.	100 zł/200 zł/ 300 zł/dzień pobytu		

## ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH I TELEADRESOWYCH

W przypadku zmiany jakichkolwiek danych osobowych i teleadresowych, należy wpisać nowe dane, uzupełniając odpowiednio wybraną rubrykę. W przypadku zmiany danych osobowych należy do niniejszego wniosku obowiązkowo dołączyć kserokopię dowodu osobistego, karty pobytu lub paszportu. W przypadku zmiany nazwiska prosimy o złożenie podpisu w miejscu „Czytelny podpis przed zmianą nazwiska”.

## ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI PŁATNOŚCI

Przy płatnościach rocznych, półrocznych, kwartalnych i miesięcznych można dokonywać zmian w częstotliwości ich opłacania, zaznaczając wybraną opcję. W przypadku płatności półrocznych, kwartalnych i miesięcznych można dodatkowo wybrać dzień obciążania rachunku bankowego, zaznaczając odpowiednio 5, 10, 15 lub 25 dzień danego miesiąca, w którym – przy pomocy zgody na obciążanie rachunku – Towarzystwo będzie samodzielnie pobierało należną składkę. W przypadku braku wyboru dnia płatności, odpowiedni dzień zostanie wskazany przez Towarzystwo. Zgoda na obciążanie rachunku nie jest jednak dokumentem obligatoryjnym i istnieje możliwość samodzielnego opłacania składek półrocznych, kwartalnych i miesięcznych.

## ZMIANA FORMY PŁATNOŚCI

Możliwe jest dokonanie zmiany formy płatności z polecenia zapłaty na przelew i odwrotnie. W przypadku wyboru opcji „polecenie zapłaty” należy dodatkowo wypełnić druk „zgody na obciążanie rachunku” oraz wybrać 5, 10, 15 lub 25 dzień danego miesiąca, w którym Towarzystwo będzie samodzielnie pobierało należną składkę. Druk „zgody na obciążanie rachunku” jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa [www.macif.pl](http://www.macif.pl) oraz w Departamencie Sprzedaży MACIF Życie TUW, z którym można się skontaktować pod numerem telefonu: +48 22 535 02 00.