



Proszę zaznaczyć odpowiednie pole:

zmiana podgrupy (zmiana zakresu ubezpieczenia/zmiana sumy ubezpieczenia)
 zmiana Uposażonych

zmiana danych osobowych Ubezpieczonego
 zmiana adresu

zmiana oświadczenia o pozostawaniu w związku nieformalnym

* pola obowiązkowe do do wypełnienia

¹⁾ niepotrzebne skreślić

Dane osoby składającej formularz

Nazwisko*

Imię*

PESEL*

tel. komórkowy*

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.

Nazwa Ubezpieczającego (Pracodawcy)

Nr polisy

Zmiana podgrupy**

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

zmiana zakresu ubezpieczenia/zmiana sumy ubezpieczenia

aktualny numer podgrupy

nowy numer podgrupy

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 Max ¹⁾:

Składka ochronna :

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

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

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

Zmiana Uposażonego

Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu mojej śmierci wyznaczam:

Lp.	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Adres stałego zamieszkania (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)	% świadczenia
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					100%

Zmiana adresu (nowy obowiązujący adres):

Adres do korespondencji

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Zmiana nazwiska

Poprzednie nazwisko

Nowe nazwisko

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym***

*** zmiany oświadczenia można dokonać raz na 36 miesięcy

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

(imię i nazwisko Ubezpieczonego Pracownika)

....., numer PESEL*

(imię i nazwisko Konkubenta)

w związku nieformalnym.

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.

Data

Podpis osoby składającej formularz

Data**

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego**

Wypełnia Towarzystwo

Wpłynęło w dniu:

Podpis Operatora