

Poliso Nr.:

Draudėjas:

Adresas:

Apdraustasis asmuo:..... Gimimo data:.....

Prašau padaryti šį (-uos) pakeitimą (-us) nuo **01**. (metai / mėnuo) **Draudėjo adreso pakeitimas: ***

Naujas adresas:

 Įnašo **padidėjimas** nuo EUR..... iki EUR..... per metus. (Įmanomas tik einamųjų draudimo metų pabaigoje!) Įnašo **sumažinimas** nuo EUR ankstesnės sumos..... iki EUR.....per metus. (Įmanomas tik einamųjų draudimo metų pabaigoje!) (Prašome atkreipti dėmesį, kad minimali įnašo suma yra 300,00 EUR!) **Sutarties nutraukimas iki 1-ų draudimo metų pabaigos neturi išperkamosios sumos (atsisakymas).** **Papildomo draudimo nutraukimas (anuliavimas)** UTZ UI30Z UI50P RD1MZ3 **Papildomas draudimas** UTZ UI30Z UI50P
 RD1MZ3 EUR 2 500 EUR 5 000 EUR 7 500

Pridėkite konsultacinį protokolą ir užpildykite sveikatos klausimus esančius 2 puslapyje!

 Sutarties atleidimas nuo įnašo mokėjimo ir papildomo draudimo invalidumui anuliavimas, įvykus nelaimingam atsitikimui – UI30 ir papildomo draudimo mirties atvejui, įvykus nelaimingam atsitikimui – UTZ **Mokėtino įnašo atidėjimas (daugiausiai 3 mėn. nuo mokėjimo termino)** Įnašų mokėjimo atnaujinimas: Įnašų mokėjimas: EUR kas metus kas ½ metų kas ¼ metų **Sutarties išpirka** (sąlyga: esančios išperkamosios vertės dydis. Žiūrėkite lentelę polise.) **Naudos gavėjo pakeitimai:** (vardas, pavardė, ID nr., nurodyti procentą): * išgyvenimo atveju:..... mirties atveju: nustatytos kritinės ligos atveju: **Apdraustasis asmuo grupinio draudimo sutartyje pakeičiamas**

į (vardas, pavardė):

Prašome pridėti asmens dokumento kopiją, atsakyti į klausimus apie sveikatą antrame puslapyje bei nurodyti savo adresą!

 Įnašų mokėjimas pakeičiamas į kas metus kas ½ metų kas ¼ metų (Įmanomas ne anksčiau nei nuo trečiųjų draudimo metų pradžios, jei pirmųjų dvejų draudimo metų įnašai buvo sumokėti pilnai.) **Indeksacijos atsisakymas** **Kiti pakeitimai: ***

Įnašas EUR buvo sumokėtas!

 * **Prašau išduoti priedą prie poliso, patvirtinantį pakeitimus (už nustatytą mokestį).**

Data:	Draudėjo parašas:	Apdraustojo asmens parašas:
-------	-------------------	-----------------------------

**KLAUSIMAI draudžiamiesiems asmenims
(Prašom tiksliai atsakyti į klausimus ir pažymėti atitinkamus langelius)**

		ne	taip					
1a	Ar Jūs šiuo metu skundžiatės kokiais nors sveikatos sutrikimais (liga, nelaimingas atsitikimas, trūkumas (yda))?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kokiais?				
1b	Ar sumažėjo Jūsų darbingumas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kodėl?				
2	Prašom nurodyti Jūsų šeimos gydytojo vardą ir adresą:							
3	Prašom nurodyti Jūsų fizinius duomenis:	Ūgis cm, Svoris kg						
4	Ar Jūs kada nors vartojote ar vartojate alkoholį, nikotiną, narkotikus ar Jūs šiuo metu vartojate medikamentus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kada? Kodėl? Vartojimo dozė? Priežastys?				
5	Ar Jums kada nors buvo skirtas medicininis gydymas, konsultacijos, ar Jums kada nors buvo taikoma medicininė priežiūra ar psichiatro, chiropraktiko ir kt. gydymas (pvz. dėl širdies, plaučių, inkstų, tulžies, nervų, protinių ligų, cukraligės, padidėjusio kraujospūdžio, vėžinių ligų, invalidumo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kada?	Kodėl?	Kiek laiko?	Rezultatai?	Gydytojo vardas arba ligoninės pavadinimas:
6	Ar dėl ligos buvote praradę darbingumą ar negalėjote lankyti mokymosi įstaigos ilgesnį nei 4 savaitių laikotarpį?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
7	Ar Jūs buvote kada operuotas arba gydomas radioaktyviomis medžiagomis ar rentgeno terapija?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
8	Ar Jūs esate kada nors daręs ŽIV testą ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jei taip, ar Jums buvo nustatytas ŽIV virusas? <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne				
9	Ar Jūsų darbas (profesija) susijęs su ypatingos rizikos veiksniais (pvz.: radiacinis spinduliavimas, nuodai, sprogmėnys ar pavojinga darbo vieta)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Patikslinkite:				
10	Ar Jūs patys darbo ar laisvalaikio metu sukuriate ypatingų rizikos veiksnių sąlygas, kurios galėtų įtakoti Jūsų sveikatą (pvz.: vairuotojas, lakūnas, alpinistas, parašiutininkas, ir t.t.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Patikslinkite:				
11	Ar Jūs esate sudaręs kitokias gyvybės ar nelaimingų atsitikimų draudimo sutartis ar esate teiravęsis apie jas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Draudimo kompanija: Draudimo suma mirties atveju: Metai: Invalidumo suma:				

Savo asmeniniu parašu aš patvirtinu, kad visi aukščiau pateikti atsakymai yra pilni ir teisingi, ir jokie duomenys nėra nuslėpti. Aš žinau ir sutinku, jog nepilni ir neteisingi atsakymai sąlygoja draudimo apsaugos netekimą.

Data:	Draudėjo parašas:	Apdraustojo asmens parašas:
-------	-------------------	-----------------------------