PODANIE O ZNIESIENIE KARENCJI

1. Zniesienie karencji możliwe jest pod warunkiem, że ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia EP0007147 Warta Pasjo, był objęty ochroną w ramach danego ryzyka umową innego grupowego ubezpieczenia na życie i wystąpił z niego na rzecz ubezpieczenia Warta Pasjo (prosimy o załączenie kopii polisy).
2. Warunkiem zniesienia karencji jest zachowanie ciągłości ubezpieczenia, co oznacza, że jeżeli klient zakończył ubezpieczenie grupowe w firmie np. 31 stycznia to, by warunki były spełnione, Pasjo musi się rozpoczynać od 1 lutego, każda przerwa w ubezpieczeniu powoduje niemożność zniesienia karencji.
3. Ubezpieczeniami, które upoważniają ubezpieczoną osobę do zniesienia karencji na różnice w wysokości świadczeń, są wyłącznie ubezpieczenia grupowe. Indywidualne kontynuacje nie są uznawane.
4. Różnica w wysokości świadczeń oznacza, że w okresie karencji obowiązuje niższa z sum ubezpieczenia np. jeżeli ubezpieczony w zakładzie pracy był ubezpieczony na wypadek zgonu na 20 000 zł, to przez okres pierwszych 6 miesięcy będzie wciąż ubezpieczony na 20 000 zł natomiast po okresie 6 miesięcy karencji ubezpieczony będzie na kwotę 46 000 PLN. Zachowana będzie więc pełna ciągłość ubezpieczenia.
5. W sytuacji wystąpienia szkody w okresie karencji wymagane będzie zaświadczenie od poprzedniego ubezpieczającego zgodne z wzorem poniżej (Tabela 1).

Oświadczam, że zaznajomiłem się z powyższymi informacjami i wnioskuje o zniesienie karencji.

.....
data i podpis Ubezpieczonego

Tabela 1. ZAŚWIADCZENIE OD POPRZEDNIEGO UBEZPIECZAJĄCEGO – wymagane jedynie w momencie wystąpienia szkody w okresie karencji.

.....
Nazwa/Pieczęć Ubezpieczającego (np. Zakładu Pracy)
wystawiającego zaświadczenie

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani ..... nr PESEL ..... był/a ubezpieczony/a w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na poniższych zasadach:

Nazwa poprzedniego ubezpieczyciela:	
Numer Polisy:	
Nazwa poprzedniego ubezpieczającego:	
Okres ubezpieczenia (okres opłacania składek z tytułu w w/w ryzyka):	od do
Data wystąpienia z ubezpieczenia	

.....
/data, pieczątka i podpis osoby upoważnionej/