

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer Rachunku Lokacyjnego

skandia

VIENNA INSURANCE GROUP

Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
z siedzibą w Warszawie
ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa
Centrala tel.: +48 22 460 22 22
fax: +48 22 332 17 55
Infolinia: 801 888 000
www.skandia.pl

Wniosek o wypłatę środków z Rachunku Lokacyjnego

1. Dane Ubezpieczającego

Nazwisko / Nazwa		Imię	
PESEL/REGON	Seria i Nr dowodu tożsamości	Telefon	
Adres zameldowania / Adres siedziby		Kraj	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

2. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko		Imię	
PESEL	Telefon		
Adres zameldowania		Kraj	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

3. Dane dotyczące wypłaty

Proszę o:

- wypłatę części środków z Rachunku Lokacyjnego w wysokości: PLN
 wypłatę całości środków z Rachunku Lokacyjnego

Proszę o realizację wypłaty w formie:

- przelewu na poniższy rachunek bankowy*:

Nazwisko		Imię	
Nazwa banku			
Nr rachunku			

- przekazu na poniższy adres*:

Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

Do niniejszego wniosku załączam:

- Kopię aktualnego dowodu tożsamości

* W przypadku przelewu/przekazu na rzecz osoby trzeciej, oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania tej osoby o przekazaniu jej danych osobowych Skandii Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Cybernetyki 7, w celu identyfikacji a także obowiązek poinformowania jej o przysługującym jej prawie dostępu do treści jego danych i ich poprawiania. Oświadczam jednocześnie, że obowiązki te wykonałem/am/liśmy.

<table border="1"><tr><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td></tr></table>	R	R	R	R	M	M	D	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R	R	R	R								
M	M										
D	D										
Data	Podpis Ubezpieczającego**	Podpis drugiego Ubezpieczającego**	Podpis Ubezpieczonego**								
<input type="text"/>											
Miejscowość											

** Podpis zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy. Podpis drugiego Ubezpieczającego wymagany w przypadku Umów, w ramach których występuje dwóch Ubezpieczających.