Nr Polisy

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 Świadczenia

☐ z tytułu Dożycia ☐ z tytułu Śmierci ☐ z tytułu Choroby Śmiertelnej ☐ z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa

1. Dane Ubezpieczającego

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

2. Dane drugiego Ubezpieczającego (w przypadku Umów, w ramach których występuje dwóch Ubezpieczających)

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

3. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko | Imię
PESEL | Seria i Nr dowodu tożsamości | Telefon
Adres korespondencyjny | Kraj
Ulica | Nr domu | Nr mieszkania
Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

4. Dane osoby uprawnionej

Nazwisko | Imię
PESEL | Seria i Nr dowodu tożsamości | Telefon
Adres korespondencyjny | Kraj
Ulica | Nr domu | Nr mieszkania
Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

Osoba uprawniona jest: ☐ **Uposażonym** (dotyczy świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego) ☐ **Ubezpieczonym** (dotyczy pozostałych świadczeń)

5. Dane dotyczące wypłaty

a. proszę o realizację wypłaty w formie:
☐ przelewu na rachunek bankowy wskazany we wniosku o zawarcie Umowy
☐ przelewu na poniższy rachunek bankowy*: ☐ przekazu na poniższy adres*:

Nazwisko | **Imię**
Nazwa banku
Nr rachunku
Adres | Kraj
Ulica | Nr domu | Nr mieszkania
Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

b. Do niniejszego wniosku załączam:
☐ Kopię dowodu tożsamości *(w przypadku świadczenia z tytułu śmierci kopia musi być potwierdzona przez notariusza, pośrednika lub uprawnionego pracownika ubezpieczyciela)*
☐ Postanowienia Sądu o stwierdzeniu nabycia spadku
☐ Oryginał lub duplikat Polisy
☐ Inne

** 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.*

R R R R | M M | D D
Data | Miejscowość | Podpis osoby uprawnionej (zgodny z podpisem znajdującym się w dokumencie tożsamości)

Regon: 016003836; NIP: 951 19 33 418
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000056463.
Wysokość kapitału zakładowego: 82.000.000,00 PLN. Wysokość kapitału wpłaconego: 82.000.000,00 PLN.