

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

Nr Polisy

Wniosek o wypłatę Wykupu Częściowego lub Wartości Wykupu

Dotyczy: Multiportfel Komfort, Multiportfel Horyzont, Multiportfel Komfort II, Multiportfel Prosper, Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym DnB Nord, Multiportfel Open, Multiportfel Avans, Multiportfel Protekt, Multiportfel Spektrum, Multiportfel Misiek, Multiportfel Profit, Multiportfel DOM, Multiportfel DnB Nord, Fundusz Kapitałowy DZ, Fundusz Kapitałowy SGB, Multiportfel Prosper, Multiportfel Premium, Multiportfel Fortis, Multiportfel Inwestycja, Multiportfel Kapitala DnB Nord, Multiportfel Noble, Inwestycja Noble, Multiportfel Plus.

1. Dane Ubezpieczającego

Nazwisko / Nazwa	Imię	
PESEL/REGON	Seria i Nr dowodu tożsamości	Telefon
Adres zamieszkania / Adres siedziby	Kraj	
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż Adres zamieszkania / Adres siedziby)	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 zamieszkania / Adres siedziby	Kraj	
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż Adres zamieszkania / Adres siedziby)	Kraj	
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta

3. Dane dotyczące wypłaty

a. wnoszę o wypłatę: Wartości Wykupu

Wypłata Wartości Wykupu skutkuje Rozwiązaniem Umowy.

b. proszę o wypłatę Wykupu Częściowego:

wylczenie i wypłatę dopuszczalnej kwoty wykupu częściowego - bez opłaty likwidacyjnej

Wykup częściowy w wysokości: _____ PLN

Wykup częściowy do Minimalnej Wartości Polisy (Salda)

Wykup częściowy powyżej dopuszczalnej kwoty wiąże się z pobraniem opłaty likwidacyjnej

c. proszę o realizację wypłaty w formie:

przelewu na rachunek bankowy wskazany we wniosku o zawarcie Umowy

przelewu na poniższy rachunek bankowy*:

Nazwisko	Imię
Nazwa banku	
Nr rachunku	

d. Do niniejszego wniosku załączam:

Kopię dowodu tożsamości

Oryginał lub duplikat Polisy

Postanowienia Sądu o stwierdzeniu nabycia spadku

* W przypadku przelewu na rzecz osoby trzeciej, oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania tej osoby o przekazaniu jej danych osobowych Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group 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/lišmy.

RRRRR	MM	DD
Date		
Miejscowość		

Podpis Ubezpieczającego
(zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)

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

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group

adres ul. Cybernetyki 7
02-677 Warszawa
infolinia 801 888 000
+48 22 460 22 22

fax +48 22 332 17 55
mail info@viennialife.pl
web www.viennialife.pl

NIP: 951-19-33-418; KRS: Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego - numer KRS 0000056463
Wysokość kapitału zakładowego: 82 000 000 PLN (opłacony w całości)
Zarząd: Paweł Zięba - Prezes Zarządu, Witold Czechowski - Członek Zarządu,
Tomasz Borowski - Członek Zarządu