Nr Polisy

Vienna Life
VIENNA INSURANCE GROUP

Wniosek o wypłatę Wykupu Częściowego lub Wartości Wykupu

Dotyczy: Ubezpieczenie na Życie z Funduszami Inwestycyjnymi ze Składką Jednorazową, Ubezpieczenie na Życie z Funduszami Inwestycyjnymi ze Składką Regularną, Multiportfel R, Multiportfel J, Multiportfel MBI.

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 Ubezpieczonego

Nazwisko | Imię

PESEL | Seria i Nr dowodu tożsamości | Telefon

Adres zamieszkania Kraj

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż Adres zamieszkania) 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:

☐ wyliczenie i wypłatę dopuszczalnej kwoty Częściowego Wykupu - 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/liśmy.*

R R R R M M D D
Data

Miejscowość

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

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

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@viennalife.pl
web www.viennalife.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