

Nr Polisy

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	Pocztą	
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż Adres zamieszkania / Adres siedziby)		Kraj	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Pocztą	

2. Dane Ubezpieczonego

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

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/łismy.

RRRR MM DD
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