Vienna Life
VIENNA INSURANCE GROUP

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 zameldowania / Adres siedziby | Kraj

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż Adres zameldowania / 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 zameldowania | Kraj

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż Adres zameldowania) | 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*: ☐ przekazu na poniższy adres*:

Nazwisko | Imię

Nazwa banku

Nr rachunku

Adres | Kraj

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

d. Do niniejszego wniosku załączam:

☐ Kopię dowodu tożsamości

☐ Oryginał lub duplikat Polisy

☐ Postanowienia Sądu o stwierdzeniu nabycia spadku

** W przypadku przelewu/przekazu 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)