Nr Polisy

Vienna Life
VIENNA INSURANCE GROUP

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*:

Nazwisko | Imię

Nazwa banku

Nr rachunku

b. Do niniejszego wniosku załączam:

☐ Oryginał lub duplikat Polisy

☐ 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

☐ Inne

** 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.*

RRRR MM DD
Data

Miejscowość

Podpis osoby uprawnionej
(zgodny z podpisem znajdującym się w dokumencie tożsamości)

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