

Nr Polisy

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*: przekazu na poniższy adres*:

Nazwisko _____ Imię _____
 Nazwa banku _____
 Nr rachunku _____
 Adres _____ Kraj _____
 Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
 Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

b. Do niniejszego wniosku załączam: 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
 Oryginał lub duplikat Polisy Inne

* 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.

RRRRR MM DD _____
 Data Miejscowość

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