

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	
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	
Adres korespondencyjny		Kraj	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

### 3. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko		Imię	
PESEL		Seria i Nr dowodu tożsamości	
Adres korespondencyjny		Kraj	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

### 4. Dane osoby uprawnionej

Nazwisko		Imię	
PESEL		Seria i Nr dowodu tożsamości	
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:     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 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/iłsmy.

R	R	R	R	R	M	M	D	D	
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