

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nr Polisy

Formularz

- wniosek o przekształcenie Umowy/Polisy w Umowę/Polisę bezskładkową

1. Dane Klienta

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|
| Nazwisko / Nazwa | | | | | | | | | | | | Imię | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|
| PESEL/REGON | | | | | | Seria i Nr dowodu tożsamości | | | | | | Telefon | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|
| Adres zamieszkania/Adres siedziby | | | | | | | | | | | | Kraj | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|---------------|--|
| Ulica | | | | | | | | | | Nr domu | | Nr mieszkania | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|---------------|--|

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--------------|--|---------|--|--|--|
| Miejscowość | | | | | | Kod pocztowy | | Począta | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--------------|--|---------|--|--|--|

2. Wniosek Klienta

Zwracam się z prośbą o przekształcenie Umowy/Polisy w Umowę/Polisę bezskładkową.

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|----|--|----|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| RRRRR | | | | MM | | DD | | Miejscowość | | | | Podpis Klienta (podpis zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy/ deklaracji przystąpienia do Umowy) | | | |
|-------|--|--|--|----|--|----|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group

| | | | |
|------------------|--------------------------------------|-------------|--------------------|
| adres | ul. Cybernetyki 7 02-677 Warszawa | fax | +48 22 332 17 55 |
| infolinia | 801 888 000 +48 22 460 22 22 | 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