

Numer Polisy:

UWAGA: Wykup umowy spowoduje rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia. Prosimy o zwrócenie uwagi na warunki dokonania wykupu zawarte w Umowie Ubezpieczenia.

1. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA WARTOŚCI WYKUPU

Imię i nazwisko/ Nazwa:

Symbol dokumentu tożsamości

Seria i numer

Symbole dokumentów tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, KP - karta pobytu, OO - inny

PESEL/ REGON:

NIP/ dotyczy osoby prawnej:

Adres do korespondencji:

Ulica:

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy:

Miejscowość

Poczta

Kod kraju

E-mail:

tel.:

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji o brakującej dokumentacji dotyczącej niniejszego wniosku, niezbędnej do rozpatrzenia mojego roszczenia, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu lub adres e-mail.

Tak, wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Do wniosku prosimy dołączyć kopię dokumentu tożsamości, bez wizerunku i rysopisu, osoby uprawnionej do otrzymania wartości wykupu. W przypadku uprawnionego będącego osobą prawną do wniosku należy dołączyć kopię aktualnego wypisu z właściwego rejestru oraz kopię dokumentu tożsamości, bez wizerunku i rysopisu, osoby upoważnionej do jej reprezentowania.

Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przyokopowej 31. Powyższe dane osobowe są przetwarzane w celu wykonywania Umowy Ubezpieczenia. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji Umowy ubezpieczenia.

2. PRZYCZYNA WYKUPU

Potrzebuję środków do życia Potrzebuję środków na wydatki Pośrednik wprowadził mnie w błąd Produkt nie spełnia moich oczekiwań

Obsługa polisy nie spełnia moich oczekiwań

inne

3. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY WARTOŚCI WYKUPU

Przelew bankowy

Numer rachunku bankowego:

POSIADACZ RACHUNKU (prosimy wypełnić, jeśli posiadaczem rachunku nie jest osoba uprawniona do otrzymania wartości wykupu)

Imię i nazwisko/ Nazwa:

Inna forma wypłaty:

Wnioskowana data zakończenia umowy

data zakończenia ochrony nie może być wcześniejsza niż data wniosku o wykup umowy

4. OŚWIADCZENIE

Prosimy wypełnić, jeśli Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony.

Oświadczam, iż na moment podpisania wniosku o wypłatę wartości wykupu nie nastąpił zgon Ubezpieczonego. Jednocześnie zobowiązuje się do pisemnego poinformowania SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. najpóźniej w terminie 3 dni od daty zgonu Ubezpieczonego jeśli zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie od momentu podpisania niniejszego wniosku, a przed dniem rozwiązania umowy.

.....
Data i czytelny podpis Ubezpieczającego

5. PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA WARTOŚCI WYKUPU

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby uprawnionej