WNIOSEK O WYKUP UMOWY

SIGNAL IDUNA

Numer Polisy:

UWAGA: Wykup umowy spowoduje rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia. Prosimy o zwrócenie uwagi na warunki dokonania wykupu zawarte w Umowie Ubezpieczenia.
Jeżeli osoba uprawniona do otrzymania wartości wykupu jest osobą fizyczną należy do niniejszego wniosku dołączyć wypełnione „Oświadczenie o rezydencji podatkowej osoby fizycznej", dla pozostałych podmiotów wypełnić obowiązkowo załącznik „Oświadczenie o rezydencji podatkowej i AML Ubezpieczającego innego niż osoba fizyczna będącego posiadaczem rachunku".

1. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA WARTOŚCI WYKUPU

Imię i nazwisko/ Nazwa firmy:

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 zamieszkania:

Ulica: Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy: – Miejscowość: Poczta Kod kraju

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania):

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 D D M M R R R R

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

..... D D M M R R R R .....

Miejscowość Data Czytelny podpis osoby uprawnionej