

POLISA NR: | | | | - | | | - | | | | |

pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

ID Agenta

Data wpływu do RBH / Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZONEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PESEL: | | | | | | | | | | | lub Data urodzenia: | D | D | | M | M | | R | R | R | R | Obywatelstwo: | | | | | | | |

Symbol dokumentu tożsamości¹⁾ | | | | | | | | Seria i numer: | | | | | | | | | | | | | | | | |

¹⁾Symbole dokumentów tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, DT - dowód tymczasowy, KP - karta pobytu, OO - inny (w przypadku wpisania symbolu „OO” należy podać rodzaj dokumentu)

Telefon: | | | | | | | | | | e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adres zameldowania:

UWAGA! - w przypadku braku adresu zameldowania należy podać adres zamieszkania

ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu: | | | | | nr mieszkania: | | | | |

kod pocztowy: | | | | - | | | | miejscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kraj: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

WYKUP

Rodzaj wykupu:

Całkowity:

Umorzone środki* proszę przelać na podany poniżej rachunek bankowy:

Nazwa banku: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Rachunek nr: | | | | - | | | | - | | | | - | | | | - | | | | - | | | |

*) kwota wykupu zostanie pomniejszona o należny podatek dochodowy od osób fizycznych

Oświadczenie dotyczące beneficjenta rzeczywistego (definicja na drugiej stronie)

Ja niżej podpisany/na** oświadczam, że beneficjentem rzeczywistym w związku z transakcją wynikającą ze złożenia niniejszego wniosku o wykup całościowo jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w ramach umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „INVEST POLISA” Jestem ja/jest **:

Imię i nazwisko beneficjenta rzeczywistego | | | | | | | | | | | | | | | | | nr PESEL lub data urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | |

Miejsce zamieszkania (ulica, numer domu, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, kraj)

Jednocześnie oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania beneficjenta rzeczywistego o przekazaniu jego danych do „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: Aleje Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, w celu identyfikacji, a także obowiązek poinformowania beneficjenta rzeczywistego o przysługującym mu prawie dostępu do jego danych i ich poprawiania. Jednocześnie oświadczam, iż ww obowiązek wykonałem/łam **

miejscowość i data

podpis Ubezpieczonego

pieczęć i podpis przedstawiciela
„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group

***) niepotrzebne skreślić

Beneficjent rzeczywisty oznacza:

- a) osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność,
- b) osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25% w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego - w przypadku osób prawnych,
- c) osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25% majątku - w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o obrocie instrumentami Finansowymi.