

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Nr polisy \_\_\_\_\_

## I. UPRAWNIONY UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/

Nazwa \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

PESEL/ \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Miejsce \_\_\_\_\_ Państwo \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_ urodzenia\* D,D - M,M - R,R,R,R urodzenia \_\_\_\_\_ urodzenia \_\_\_\_\_

Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

**Adres**

**zamieszkania/siedziby** \_\_\_\_\_

**Adres**

**do korespondencji** \_\_\_\_\_

Nr tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

## II. OŚWIADCZENIE UPRAWNIONEGO (UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO)

Ja, niżej podpisany/a informuję, iż zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia niniejszym:

rezygnuję z wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na życie

Wpłaty pierwszej składki w wysokości \_\_\_\_\_ zł dokonałem/am w dniu D,D - M,M - R,R,R,R,

odstępuję od Umowy ubezpieczenia / wypowiadam umowę ubezpieczenia

Umowę ubezpieczenia potwierdziłem w/w polisą / informację o wartości wykupu otrzymałem/am w dniu D,D - M,M - R,R,R,R,

Potwierdzam, że znane mi są zasady dotyczące odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wynikające z OWU, a w szczególności:

– Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,

– Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o wartości wykupu,

– Umowa ubezpieczenia wskutek odstąpienia przez Ubezpieczającego ulega rozwiązaniu z dniem wpływu do siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,

– Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej,

– Zwrot składki / opłat następuje jedynie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

występuję z Umowy ubezpieczenia (dotyczy Umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym)

Informację o wartości wykupu otrzymałem/am w dniu D,D - M,M - R,R,R,R,

Potwierdzam, że znane mi są zasady dotyczące wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, wynikające z OWU, a w szczególności:

– Ubezpieczony będący osobą inną niż Ubezpieczający ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o wartości wykupu,

– Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

składam wniosek o wykup ubezpieczenia / wypłaty świadczenia inwestycyjnego

Potwierdzam, że znane mi są zasady dotyczące wykupu ubezpieczenia, wynikające z OWU, a w szczególności:

– Wykup może nastąpić wyłącznie na pisemny wniosek Ubezpiezonego / Ubezpieczającego,

– Wartość wykupu ubezpieczenia / świadczenia inwestycyjnego nie stanowi równowartości wpłaconych składek. Wykup ubezpieczenia / wypłaty świadczenia inwestycyjnego wiąże się ze stratami finansowymi dlatego też decyzja o wykupieniu umowy ubezpieczenia przed upływem umówionego okresu powinna być podejmowana tylko w bardzo szczególnych przypadkach z pełną świadomością negatywnych skutków,

– Każda suma będąca należnością Towarzystwa, a wynikająca z warunków umowy (zaległości w opłacaniu składek, pożyczki) zostanie potrącona od pełnej wartości wykupu Umowy ubezpieczenia.

## III. SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY (wypełnia uprawniony do świadczenia)

Należną mi kwotę wynikającą z rozwiązania w/w Umowy ubezpieczenia proszę przelać przelewem na rachunek bankowy:

Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko właściciela rachunku \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania właściciela rachunku \_\_\_\_\_

Oświadczam, że podany powyżej numer rachunku bankowego należy do mnie.  TAK  NIE\*

\* W przypadku, gdy właścicielem rachunku bankowego nie jest Uprawniony należy podpisać poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że przekazanie środków na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Towarzystwa z tytułu wykupu ubezpieczenia / świadczenia wynikającego z w/w Umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

\_\_\_\_\_ podpis uprawnionego do świadczenia

#### IV. OŚWIADCZENIA

• Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UBEZPIECZAJĄCY**  
 TAK  NIE

• Wyrażam zgodę na przesyłanie mi powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z obsługą świadczenia ubezpieczeniowego wybierając jako formę kontaktu:  
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UBEZPIECZAJĄCY**  
 TAK  NIE

Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UBEZPIECZAJĄCY**  
 TAK  NIE

#### DEKLARACJA UPRAWNIENEGO DO ŚWIADCZENIA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO\*\*

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).

TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia „TAK” prosimy o wypełnienie części A i B poniżej.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

#### CZĘŚĆ A

Źródło pochodzenia majątku oraz środków na finansowanie składki:

- wynagrodzenie,  
 dochody z prowadzonej działalności gospodarczej,  
 oszczędności,  
 spadek,  
 sprzedaż wartości majątkowych,  
 wygrana w grach losowych,  
 inne, jakie? \_\_\_\_\_

#### CZĘŚĆ B

Wymagana, gdy:

- w części A zaznaczono „dochody z prowadzonej działalności gospodarczej”,
- uzyskano informacje od Ubezpieczającego, że prowadzi działalność gospodarczą,
- deklarację wypełnia przedsiębiorca.

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej \_\_\_\_\_

Załączono dokumenty:

wypis z dowodu osobistego  wypis z innego dokumentu potwierdzającego tożsamość np. paszportu

Podstawą dokonania wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu niniejszego wniosku w oryginale wraz z wypisem dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data DD - MM - RR RR

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego (zgodny ze wzorcem)

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego (zgodny ze wzorcem)

#### \*\* WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

**PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szeferów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,

i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

**PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne.

**PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.

# Wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu)

(załącznik do wniosków skutkujących wypłatą świadczenia z umowy ubezpieczenia)

**WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”**

Niniejszy druk wypełnia osoba przyjmująca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie okazanego oryginału dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez osobę przyjmującą wniosek o wypłatę świadczenia należy dołączyć do tego wniosku. Wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość stanowi część dokumentacji świadczeniowej.

## WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UBEZPIEZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

Imiona \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_ Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość D,D - M,M - R,R,R,R

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Uprawnionego \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ NINIEJSZY WYPIS

Oświadczam, że podane powyżej informacje zgodne są z danymi zawartymi w okazanym mi oryginale dowodu osobistego lub oryginale innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby przyjmującej wypis \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

**UBEZPIEZAJĄCY**  
 TAK  NIE

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UPRAWNIONY**  
 TAK  NIE

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Uprawnionego \_\_\_\_\_