

Wniosek dotyczący rozwiązania Umowy ubezpieczenia

Nr polisy _____

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

I. UPRAWNIONY **Ubezpieczony** **Ubezpieczający**

Imię i nazwisko / Nazwa _____

Data urodzenia DD-MM-RRRR PESEL/REGON _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres stały / Siedziba Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

Adres do korespondencji Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Nr telefonu _____ Poczta _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

E-mail _____

II. OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO

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 DD-MM-RRRR

odstępuję od Umowy ubezpieczenia / wypowiadam umowę ubezpieczenia

Umowę ubezpieczenia potwierdzoną w/w polisą otrzymałem/am w dniu DD-MM-RRRR

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,
- 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 zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej,
- zwrot składki następuje jedynie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

składam wniosek o wykup ubezpieczenia

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

- wykup może nastąpić wyłącznie na pisemny wniosek Ubezpieczonego / Ubezpieczającego,
- wartość wykupu nie stanowi równowartości wpłaconych składek. Wykup umowy 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)

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

Nr rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

Imię i nazwisko właściciela rachunku* _____

Adres zamieszkania właściciela rachunku* _____

* w przypadku gdy właścicielem rachunku nie jest Uprawniony należy podpisać poniższe oświadczenia.

Oświadczam, że podany powyżej numer rachunku bankowego nie należy do mnie.

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

podpis Uprawnionego

IV. OŚWIADCZENIE OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ NA UDOSTĘPNIENIE SWOJEGO NR RACHUNKU BANKOWEGO TOWARZYSTWU

Zgodnie z art. 23.1.1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwisko, adres zamieszkania, niezbędnych w procesie wykupu ubezpieczenia/wypłaty świadczenia/zwrotu składki.

Data DD-MM-RRRR

Informacje od Administratora danych osobowych

Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182), informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- 2) Pana/Pani dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 3) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 4) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wykupu ubezpieczenia/wypłaty świadczenia/zwrotu składki,
- 5) Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.

podpis Właściciela rachunku

V. ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

dowód osobisty paszport

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

Zgodnie z art. 8b ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. z 2003r nr 153 poz. 1505) niemożność stwierdzenia tożsamości na podstawie dowodu osobistego lub paszportu uniemożliwia dokonanie wykupu polisy. W myśl art. 9a ust. 3 powołanej ustawy, weryfikacja tożsamości ubezpieczonego lub uprawnionego z tytułu polisy może nastąpić w chwili wypłaty lub przed jej dokonaniem albo w chwili gdy uposażony lub uprawniony zamierza wykonać prawa wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Mając świadomość skutków i konsekwencji mojej decyzji oświadczam, że nie będę kontynuować w/w Umowy ubezpieczenia. Wyżej wymienione zasady oraz warunki akceptuję w całości, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data DD-MM-RRRR

miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego (zgodny ze wzorcem) _____ podpis Ubezpieczającego (zgodny ze wzorcem), o ile jest wymagany zgodnie z zapisami OWU

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 167.845.797,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000

30.09.2014