

**Wniosek o umorzenie jednostek zgromadzonych
na Indywidualnym rachunku jednostek
(codzienna wycena funduszy)**

Nr polisy _____

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

I. UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA Ubezpieczony Ubezpieczający

Imię i nazwisko _____

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

Adres stały

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Poczta _____ Kod pocztowy ____-____

Miejscowość _____ Województwo _____

Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Poczta _____ Kod pocztowy ____-____

Miejscowość _____ Województwo _____

II. OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO DO ŚWIADCZENIA

Niniejszym wnioskuję o umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku jednostek. Proszę o dokonanie wypłaty:

całkowitego wykupu / świadczenia inwestycyjnego

częściowego wykupu / częściowego świadczenia inwestycyjnego jednostek zakupionych z wpłat: Składki regularnej/jednorazowej Składki dodatkowej

I. Poprzez umorzenie takiej liczby jednostek* z mojego rachunku, abym po uwzględnieniu opłat, o ile są należne, otrzymał/ła kwotę _____ PLN/USD/EUR**. Przyjmuję do wiadomości, że wskazana kwota może być pomniejszona o podatek dochodowy od osób fizycznych z tytułu przychodu z kapitałów pieniężnych w przypadku umów ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

* Umorzenie jednostek następuje proporcjonalnie do ilości zgromadzonych jednostek poszczególnych funduszy.

** Niepotrzebne skreślić.

LUB

2. Według wskazań w poniższej tabeli

W tabeli należy podać ile procent aktywów danego funduszu należy umorzyć lub jaką kwotę.

L.p.	Nazwa funduszu	Składka regularna/jednorazowa		Składka dodatkowa	
		% aktywów	Kwota w walucie polisy	% aktywów	Kwota w walucie polisy
1.	UFK ARKA BZ WBK Akcji Polskich				
2.	UFK Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek				
3.	UFK Skarbiec Akcja				
4.	UFK ESALIENS Akcji ¹⁾				
5.	UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum				
6.	UFK ARTS Best Momentum (EUR)				
7.	UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged)				
8.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Dynamic				
9.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Dynamic (EUR)				
10.	UFK Compensa/HSBC BRIC Markets Equity				
11.	UFK Compensa/HSBC GIF BRIC Equity				
12.	UFK Investor Akcji Dużych Spółek				
13.	UFK UniKorona Akcje				
14.	UFK BPH Subfundusz Globalny Żywności i Surowców				
15.	UFK Pioneer Surowców i Energii				
16.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible (PLN hedged)				
17.	UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych				
18.	UFK ARKA BZ WBK Zrównoważony				
19.	UFK Zrównoważony Skarbiec Waga				
20.	UFK ESALIENS Strateg ²⁾				
21.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced				
22.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (EUR)				
23.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged)				
24.	UFK ERSTE ESPA Portfolio Balanced 30				

¹⁾ poprzednia nazwa: Legg Mason Akcji

²⁾ poprzednia nazwa: Legg Mason Strateg

25.	UFK ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu				
26.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Garant (EUR)				
27.	UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego				
28.	UFK NN Obligacji				
29.	UFK ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych				
30.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond				
31.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (EUR)				
32.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged)				
33.	UFK Gwarantowany Compensa				

Uwaga! W przypadku wypłaty całkowitego wykupu / świadczenia inwestycyjnego Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wyceny, na którą zostało zlecone umorzenie jednostek.

III. SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY (wypełnia Uprawniony do świadczenia)

Należną mi kwotę proszę przesłać 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 do świadczenia, należy podpisać poniższe oświadczenia.

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

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

_____ podpis Uprawnionego do świadczenia

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

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, adres zamieszkania, numer rachunku bankowego i nazwa banku, niezbędnych w procesie realizacji częściowego wykupu / częściowego świadczenia inwestycyjnego / całkowitego wykupu / wypłaty świadczenia inwestycyjnego.

Data DD - MM - RRRR _____
mięscowość

_____ podpis Właściciela rachunku

INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych powierzonych przez Pana/Panią danych 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 mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z Umowy ubezpieczenia zawartej z osobą, która upoważniła Pana/Panią do odbioru należnej jej kwoty, w jej imieniu.
3. Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie udzielonych w niniejszym wniosku zgód.
5. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
6. Poinformowano Pana/Panią o dobrowolności podania swoich danych osobowych.

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 z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu 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. Wyżej wymienione zasady oraz warunki akceptuję w całości, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data DD - MM - RRRR _____
mięscowość _____ podpis Ubezpieczonego (zgodny ze wzorcem) _____ podpis Ubezpieczającego (zgodny ze wzorcem),

VI. ZGODA NA KORESPONDENCJĘ ELETRONICZNĄ

wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na przysyłanie mi informacji jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości

świadczenia oraz powiadomień, wniosków i oświadczeń mających związek z zawartymi przeze mnie Umowami ubezpieczenia środkami komunikacji elektronicznej

na adres e-mail _____

oraz na numer telefonu komórkowego _____ podany w niniejszym wniosku.

Data DD - MM - RRRR _____
mięscowość _____ podpis Uprawnionego do świadczenia, składającego wniosek