

**Wniosek o umorzenie jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku jednostek (miesięczna/tygodniowa wycena funduszy)** 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 \_\_\_\_\_

**II. OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO** E-mail \_\_\_\_\_

Niniejszym wnoszę o umorzenie jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku jednostek. Proszę o dokonanie wypłaty:

**częściowego wykupu**

1. 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.

\*\* Wypłata realizowana jest w walucie polisy.

**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	% aktywów	Kwota w walucie polisy
1.	Fundusz Akcji		
2.	Fundusz Zrównoważony		
3.	Fundusz Bezpieczny		
4.	Fundusz A Obligacji		
5.	Fundusz B Zrównoważony		
6.	Fundusz C Aktywny		
7.	Fundusz D Gwarantowany		
8.	Fundusz E Akcji		
9.	Fundusz Horyzont Plus 2017		
10.	Fundusz Nowe Horyzonty z Gwarancją rosnącą		
11.	UFK Fundusz Wschodzących Zysków		

**całkowitego wykupu / świadczenia inwestycyjnego**

**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)**

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, 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 częściowego wykupu / całkowitego wykupu / świadczenia inwestycyjnego 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. ust. 1. pkt 1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych takich jak imiona, nazwisko, adres zamieszkania niezbędnych w procesie realizacji częściowego wykupu / całkowitego wykupu / wypłaty świadczenia inwestycyjnego.

Data DD - MM - RRRR

miejsowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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, 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.

**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.

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Data DD - MM - RRRR

miejsowość \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego (zgodny ze wzorcem),  
o ile jest wymagany zgodnie z zapisami OWU

Na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wyrażam zgodę by informacja jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia została mi przekazana w formie elektronicznej

na adres e-mail \_\_\_\_\_

Data DD - MM - RRRR

miejsowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis Uprawnionego, składającego wniosek