

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

Nr polisy _____

I. UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA 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 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

1. Poprzez umorzenie takiej liczby jednostek* z mojego rachunku, abym po uwzględnieniu opłat, o ile są należne, otrzymał/a 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. W przypadku częściowego wykupu/ częściowego świadczenia inwestycyjnego 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.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

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 _____

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 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. OŚWIADCZENIA

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

• Wyrażam zgodę na przysyłanie 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) TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) TAK NIE

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

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r.

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 D, D - M, M - R, R, R, R

miejsce_____

podpis Ubezpieczonego (zgodnie ze wzorem)

podpis Ubezpieczającego (zgodnie ze wzorem)

** 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 2018 r. uważa się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, 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,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w lit. a-g, i, j, określa Rozporządzenie

Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami publicznymi.

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 eksponowane 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 eksponowane stanowisko polityczne.

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

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane 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 UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO/OSZCZĘDZAJĄCEGO/UPOSAŻONEGO/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/Oszczędzającego/Uposażonego/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”.

UBEZPIECZAJĄCY

TAK NIE

UBEZPIECZONY

TAK NIE

OSZCZĘDZAJĄCY

TAK NIE

UPOSAŻONY

TAK NIE

UPRAWNIONY

TAK NIE

Data D,D - M,M - R,R,R,R _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Oszczędzającego/Uposażonego/Uprawnionego