Nr Polisy

Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
z siedzibą w Warszawie
ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa
Centrala tel.: 0 22 332 10 31, fax: 0 22 332 17 55
Centrum informacyjne tel.: 0 801 888 000
www.skandia.pl

Wniosek o wypłatę Wykupu Częściowego lub Wartości Wykupu

1. Dane Ubezpieczającego

Nazwisko | Imię | Nr Pesel

Adres zameldowania

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy | Miejscowość / Poczta | Kraj | Numer telefonu

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy | Miejscowość / Poczta | Kraj | Numer telefonu

2. Dane drugiego Ubezpieczającego (w przypadku Umów, w ramach których występuje dwóch Ubezpieczających)

Nazwisko | Imię | Nr Pesel

Adres zameldowania

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy | Miejscowość / Poczta | Kraj | Numer telefonu

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy | Miejscowość / Poczta | Kraj | Numer telefonu

3. Dane dotyczące wypłaty

a. wnoszę o wypłatę: ☐ Wykupu Częściowego ☐ Wartości Wykupu

b. proszę o:
☐ wyliczenie i wypłatę dopuszczalnej kwoty Częściowego Wykupu (bez opłaty likwidacyjnej)
☐ Wykup Częściowy w wysokości: _____ PLN
☐ Wykup Częściowy do Minimalnej Wartości Polisy (Salda)

c. proszę o realizację wypłaty w formie: ☐ przelewu na poniższy rachunek bankowy*: ☐ przekazu na poniższy adres*:

Nazwisko | Imię

Nazwa banku | Nr rachunku

Adres

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy | Miejscowość / Poczta | Kraj

d. do niniejszego wniosku załączam: ☐ Kopię dowodu tożsamości ☐ Oryginał lub duplikat Polisy ☐ Postanowienia Sądu o stwierdzeniu nabycia spadku

* W przypadku przelewu/przekazu na rzecz osoby trzeciej, oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania tej osoby o przekazaniu jej danych osobowych Skandii Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Cybernetyki 7, w celu identyfikacji a także obowiązek poinformowania jej o przysługującym jej prawie dostępu do treści jego danych i ich poprawiania. Oświadczam jednocześnie, że obowiązki te wykonałem/am/liśmy.

D D M M R R R R
Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczającego
(zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)

Podpis drugiego Ubezpieczającego
(zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)

Podpis drugiego Ubezpieczającego wymagany w przypadku Umów, w ramach których występuje dwóch Ubezpieczających.

Regon: 016003836; NIP: 951 19 33 418
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000056463.
Wysokość kapitału zakładowego: 46.000.000,00 PLN. Wysokość kapitału wpłaconego: 46.000.000,00 PLN.