



# Formularz odstąpienia od umowy ubezpieczenia na życie

Nr wniosku

Nr polisy

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami. Każda korekta dokonana w niniejszym formularzu powinna zostać potwierdzona podpisem osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji.

## Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji

Ubezpieczający  Ubezpieczony<sup>1)</sup>

Imię

Nazwisko

Data urodzenia  PESEL  Typ dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu

Nr dokumentu tożsamości  Państwo urodzenia  Obywatelstwo

## Aktualny adres stałego zamieszkania/siedziba firmy

Ulica, nr domu, nr mieszkania  Poczta

Miejscowość  Kod pocztowy  -  Kraj

Tel. kontaktowy  E-mail

Ubezpieczający (Imię i nazwisko/ Nazwa firmy)<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Ubezpieczony na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia na życie.

<sup>2)</sup> Należy wypełnić, jeżeli formularz składany jest przez Ubezpieczonego.

## Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia

Oświadczam, że odstępuję od umowy ubezpieczenia<sup>3)</sup> na życie zawartej na podstawie ..... nazwa i kod OWU

..... Proszę o wypłatę należnej mi kwoty zgodnie ze wskazanym poniżej sposobem wypłaty.

<sup>3)</sup> Dotyczy odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni (ubezpieczający - przedsiębiorca) albo 30 dni (ubezpieczający - osoba fizyczna) od zawarcia umowy ubezpieczenia.

## Sposób wypłaty - przelew

Przelew na rachunek Ubezpieczającego  Przelew na rachunek Ubezpieczonego

Nazwa banku  Kod SWIFT<sup>4)</sup>

IBAN<sup>4)</sup> Numer rachunku

<sup>4)</sup> Pola wymagane w przypadku przelewu zagranicznego.

## Sposób wypłaty - przekaz

Przekaz na adres Ubezpieczającego  Przekaz na adres Ubezpieczonego

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość/ Poczta  Kod pocztowy  Kraj

## Sposób wypłaty - przeksięgowanie

Przeksięgowanie  polisa Generali   wniosek Generali

na rachunek składek regularnych/ składki podstawowej  zł  na rachunek składek dodatkowych  zł

na rachunek IKE składek nieregularnych IKE  zł  na rachunek IKZE składek nieregularnych IKZE  zł

## Załączone dokumenty

Pełnomocnictwo  inne .....

## Adres Urzędu Skarbowego

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego właściwego dla Oszczędzającego (Ubezpieczającego) w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych.<sup>5)</sup>

<sup>5)</sup> Prosimy wypełnić w przypadku, gdy w ramach Umowy ubezpieczenia prowadzony jest rachunek IKE lub IKZE.

Empty box for notes and comments.

Podpisy

Oświadczenie (czytelnie podpisane przez osobę upoważnioną do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz potwierdzania tożsamości osoby składającej dyspozycję)

Na podstawie okazanego dokumentu tożsamości, którego dane identyfikacyjne wypełnione zostały w części „Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji” w niniejszym formularzu, potwierdzono tożsamość osoby składającej dyspozycję oraz zgodność danych zamieszczonych w formularzu z danymi zawartymi w dokumencie tożsamości.

Podpis osoby uprawnionej do złożenia dyspozycji<sup>6)</sup>

Form fields for name and signature of the authorized person.

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości<sup>7)</sup>

Form fields for name and signature of the authorized person.

Form fields for location and date.

Form field for the broker's reference number.

Form field for the broker's contact telephone number.

Footnote 6) and 7) regarding company requirements and authorized persons.