

Wniosek o wypłatę świadczenia rentowego

Dotyczy: polisy nr

Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

PESEL REGON

Typ dokumentu tożsamości Nr dok. tożsamości

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

E-mail Faks

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia proszę o wypłacanie świadczenia rentowego z tytułu ww. umowy ubezpieczenia.

Okres odroczenia tak nie Długość okresu odroczenia: 1 rok 2 lata 3 lata 4 lata 5 lat

Rodzaj świadczenia rentowego:

renta okresowa wypłacana przez okres* lat

renta dożywotnia

renta dożywotnia z gwarantowanym okresem wypłaty: 10 lat 15 lat 20 lat 25 lat

Częstotliwość wypłat świadczenia rentowego: roczna półroczna kwartalna miesięczna

Proszę o przekazywanie świadczenia rentowego przelewem na poniższy rachunek bankowy:

Bank/ Oddział

Właściciel rachunku

Adres zameldowania właściciela rachunku

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Numer rachunku

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczającego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości**

Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości

* Minimalny dopuszczalny okres to 5 lat, maksymalny 25 lat.

** W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.