

A Zgoda na obciążanie rachunkuNazwa i adres odbiorcy TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ ALLIANZ ŻYCIE POLSKA S.A.,
UL. INFLANCKA 4B, 00-189 WARSZAWA

Identyfikator odbiorcy (NIP) 5 2 6 0 2 0 9 9 7 5

Wnioskuje o aktywowanie usługi polecenie zapłaty i wyrażam zgodę na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego kwotami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, w terminach pozwalających na ich prawidłowe uregulowanie.

Właściciel rachunku

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

Forma organizacyjna _____

NIP _____

Adres właściciela rachunku/siedziby firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Numer rachunku bankowego _____

 Konsument w rozumieniu kodeksu cywilnego Pozostali płatnicy

Identyfikator płatności bez zer poprzedzających oraz żadnych dodatkowych znaków:

Numer polisy _____ Numer seryjny wniosku _____

 Do odwołania akceptuję coroczny wzrost sum ubezpieczenia, mający na celu urealnienie w długim okresie świadczeń ubezpieczeniowych i skutkujący zmianą wysokości składki, o ile taki wzrost zostanie zaproponowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. w jego ofertach rocznicowych (dotyczy wyłącznie ubezpieczenia **Nowa Perspektywa**, w tym przekształcenia z ubezpieczenia **Nowa Perspektywa na start**).

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu moich zobowiązań wobec ww. Odbiorcy. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Miejscowość _____ Data (d-m-r) _____

Podpis właściciela rachunku i pieczęć w przypadku firmy
(zgodnie ze wzorem złożonym w banku)**B** Zgoda na obciążanie rachunkuNazwa i adres odbiorcy TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ ALLIANZ ŻYCIE POLSKA S.A.,
UL. INFLANCKA 4B, 00-189 WARSZAWA

Identyfikator odbiorcy (NIP) 5 2 6 0 2 0 9 9 7 5

Wnioskuje o aktywowanie usługi polecenie zapłaty i wyrażam zgodę na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego kwotami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, w terminach pozwalających na ich prawidłowe uregulowanie.

Właściciel rachunku

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

Forma organizacyjna _____

NIP _____

Adres właściciela rachunku/siedziby firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Numer rachunku bankowego _____

 Konsument w rozumieniu kodeksu cywilnego Pozostali płatnicy

Identyfikator płatności bez zer poprzedzających oraz żadnych dodatkowych znaków:

Numer polisy _____ Numer seryjny wniosku _____

 Do odwołania akceptuję coroczny wzrost sum ubezpieczenia, mający na celu urealnienie w długim okresie świadczeń ubezpieczeniowych i skutkujący zmianą wysokości składki, o ile taki wzrost zostanie zaproponowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. w jego ofertach rocznicowych (dotyczy wyłącznie ubezpieczenia **Nowa Perspektywa**, w tym przekształcenia z ubezpieczenia **Nowa Perspektywa na start**).

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu moich zobowiązań wobec ww. Odbiorcy. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Miejscowość _____ Data (d-m-r) _____

Podpis właściciela rachunku i pieczęć w przypadku firmy
(zgodnie ze wzorem złożonym w banku)

Instrukcja na rewers druku

Obie części formularza powinny zostać wypełnione w ten sam sposób.

Prosimy o przekazanie uzupełnionego formularza Agentowi lub przestanie na nasz adres:
Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa

W celu uzyskania szczegółowych informacji:

- zadzwoń pod numer telefonu: 224 224 224,
- napisz na adres: bok@allianz.pl.

Więcej o usłudze Polecenie Zapłaty na naszej stronie allianz.pl.