

FORMULARZ ODEJŚCIA

NUMER POLISY

I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa firmy

Pieczęć ubezpieczającego

II. DANE UCZESTNIKA

Nazwisko

Imię

Drugie imię

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania – ulica

Numer domu

Numer mieszk.

Kod pocztowy

Miejscowość

III. TRYB ODEJŚCIA Z UBEZPIECZENIA – WYBRAĆ A) LUB B)

a) rozwiązanie stosunku pracy

b) rezygnacja z ubezpieczenia²

odejście

emerytura¹renta¹

data rezygnacji z ubezpieczenia

DDMMRRRR

data rozwiązania stosunku pracy

DDMMRRRR

rezygnacja w trybie odstąpienia

data otrzymania pierwszej informacji
rocznicowej umożliwiającej
wystąpienie w tym trybie

DDMMRRRR

wysokość ostatniej składki

data wpłaty ostatniej składki

DDMMRRRR

¹ W przypadku wypłaty wartości rachunku prosimy o przesłanie kopii dokumentów potwierdzających przyznanie uprawnień emerytalnych lub rentowych.² Po rezygnacji brak możliwości ponownego przystąpienia do ww. ubezpieczenia, kryterium kwalifikacji zawarte w dokumencie Polisy – z wyjątkiem ponownego zatrudnienia u tego samego pracodawcy.

IV. WNIOSEK O WYPŁATĘ (WYPEŁNIAJĄ UCZESTNICZY, KTÓRYM PRZYSŁUGUJĄ PRAWA DO RACHUNKU)

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia proszę o jednorazową wypłatę przysługującej mi części wartości rachunku

a) na poniższy rachunek bankowy

b) na adres wskazany w pkt. II

c) na poniższy adres

Numer rachunku

Właściciel rachunku – wypełnić, jeśli Uczestnik nie jest właścicielem rachunku

Adresat

Adres zamieszkania – ulica

Numer domu

Numer mieszk.

Kod pocztowy

Miejscowość

Data

DDMMRRRR

Data

DDMMRRRR

czytelny podpis Uczestnika

czytelny podpis Ubezpieczającego

