

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA „STRATEGIA 80/20 VII”

Seria i nr Certyfikatu:		Data rozpoczęcia Okresu odpowiedzialności:	
--------------------------------	--	---	--

Dane Klienta/ Ubezpieczonego:

Imię		Nazwisko	
Nazwisko panięskie matki Klienta/Ubezpieczonego			
seria i nr dowodu osobistego / paszportu		PESEL (Nie dotyczy – w przypadku Obcokrajowców)	
data urodzenia		Obywatelstwo	
Status dewizowy	<input type="checkbox"/> rezydent <input type="checkbox"/> nierezydent (w przypadku gdy Klient/ Ubezpieczony jest nierezydentem konieczne jest podpisanie Oświadczenia znajdującego się poniżej)		
prowadzona działalność gospodarcza lub pełnienie funkcji zarządczych/ nadzorczych w następujących branżach:	<input type="checkbox"/> przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 1 000 zł <input type="checkbox"/> sektor paliwowy <input type="checkbox"/> sektor tytoniowy <input type="checkbox"/> sektor złomowy <input type="checkbox"/> handel bronią <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy – nie prowadzę działalności gospodarczej ani nie zasiadam w organach zarządczych/nadzorczych spółek		
adres zameldowania - ulica i nr			
adres zameldowania – miejscowość		adres zameldowania – kod pocztowy	
adres zameldowania - państwo			
adres korespondencyjny - ulica i nr			
adres korespondencyjny- miejscowość		adres korespondencyjny- kod pocztowy	
adres korespondencyjny - państwo			
nr telefonu		adres e-mail	
Data rozpoczęcia Okresu odpowiedzialności			
Składka Zainwestowana			
Składka Pierwsza		Składka Bieżąca	
Numer rachunku bankowego wskazany przez Klienta/ Ubezpieczonego: ¹			
Imię i Nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Klienta/ Ubezpieczonego:			
Adres właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Klienta/ Ubezpieczonego:			

Przyczyna rezygnacji z ubezpieczenia*:

- środki niezbędne na inną inwestycję
- konwersja na inny produkt Ubezpieczyciela
- niezadowolenie z wyników inwestycyjnych
- niejasny sposób działania produktu

¹ Klient/ Ubezpieczony wskazuje numer rachunku bankowego, tylko jeżeli Składka Pierwsza i Składki Bieżące zostały zapłacone przez Klienta/ Ubezpieczonego; jeżeli Składka Pierwsza i Składki Bieżące zostały zapłacone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający wskaże nr rachunku bankowego w dalszej części formularza, na który zostaną wypłacone środki pieniężne.
 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000092396, o numerze REGON 932716961 i numerze NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 307 200 000 zł

- niezrozumiałe zapisy produktu
- brak informacji / błędna informacja w momencie przystąpienia
- zbyt długi okres inwestycji
- błąd pracownika Ubezpieczającego
- utrata zaufania do Ubezpieczyciela
- zastrzeżenia / niezadowolenie z treści warunków ubezpieczenia
- nieprawidłowa obsługa w trakcie trwania ubezpieczenia
- inna – jaka?

*** rodzaj przyczyny nie stanowi podstawy do odmowy wypłaty należnych środków**

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z ubezpieczenia „STRATEGIA 80/20 VII” i proszę o wypłatę należnych mi środków na rachunek wskazany powyżej.

data złożenia oświadczenia:

.....
podpis Klienta/Ubezpieczonego
rezygnującego z ubezpieczenia

Stwierdza się zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości Klienta/Ubezpieczonego oraz potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu.

.....
miejsowość i data

.....
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela
Ubezpieczającego

Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:

nr rachunku bankowego, wskazany przez Ubezpieczającego²:

Dane właściciela rachunku bankowego, wskazanego przez Ubezpieczającego (niezbędne do przelewu):

Imię i nazwisko:

lub

nazwa instytucji:

Adres właściciela

rachunku bankowego:

² Ubezpieczający wskazuje numer rachunku bankowego, tylko jeżeli Składka Pierwsza i Składki Bieżące zostały zapłacone przez Ubezpieczającego – w takim przypadku na wskazany poniżej rachunek bankowy zostaną, wypłacone środki pieniężne, w związku z rezygnacją Klienta/ Ubezpieczonego z ubezpieczenia.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000092396, o numerze REGON 932716961 i numerze NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 307 200 000 zł

Stwierdza się zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości Klienta/Ubezpieczonego oraz potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu.

.....
miejsowość i data

.....
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela
Ubezpieczającego

OŚWIADCZENIE

Mając świadomość, że oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, niniejszym oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy z dnia 16 listopada 2000r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 10.46.276).

TAK NIE

Zgodnie z ww. Ustawą przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się osoby fizyczne:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affairs oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
- b) małżonków osób, o których mowa w lit. a) lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a), małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- c) które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a), w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób,

mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

data złożenia oświadczenia:

.....
podpis Klienta/ Ubezpieczonego
składającego oświadczenie

Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:

Potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu Klienta/ Ubezpieczonego.

.....
miejsowość i data

.....
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela
Ubezpieczającego