



WNIOSEK o wypłatę wartości odstąpienia

Instrukcja postępowania

Prosimy o zapoznanie się z poniższą instrukcją.

1. Niniejszy wniosek należy wypełnić w przypadku chęci dokonania wypłaty wartości odstąpienia z Ubezpieczenia z Funduszem Kapitałowym Pocztylion Życie, Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie oraz Ubezpieczenia Inwestycyjnego Pocztylion Życie.
2. Wniosek o wypłatę wartości odstąpienia równoznaczny jest z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia.
3. Wypełniony wniosek wraz w wymaganymi dokumentami należy przesłać na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9⁰⁰ do 17⁰⁰ pod numerem telefonu: 801 801 111 lub 22 319 0000.

Dane Ubezpieczającego

Numer polisy

Imię i nazwisko / Nazwa instytucji _____

PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Seria i nr paszportu *

* dotyczy cudzoziemców

Ulica _____

Nr domu _____

Nr lok. _____

Kod pocztowy

Miejscowość _____

Telefon _____

Numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacona wartość odstąpienia:

Załączniki i podpisy

Wymagane dokumenty:

Kserokopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego

Oświadczam, że jestem świadomy(a), iż zawarta przeze mnie umowa ubezpieczenia wygaśnie. Znane mi są konsekwencje wynikające z rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Miejscowość _____

Data podpisania _____

Podpis Ubezpieczającego _____