

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA „DAMA PIK PLUS”

seria i nr Certyfikatu:	
-------------------------	--

data przystąpienia do ubezpieczenia:		data początku ochrony ubezpieczeniowej:	
--------------------------------------	--	---	--

Dane Klienta/Ubezpieczonego:

Imię i nazwisko:

Nazwisko panięskie matki Ubezpieczonego:

seria i nr dowodu osobistego / paszportu:

PESEL (Nie dotyczy – w przypadku Obcokrajowców):

data urodzenia: Obywatelstwo:

Status dewizowy: rezydent
 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:**

- przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 1 000 zł
- sektor paliwowy
- sektor tytoniowy
- sektor złomowy
- handel bronią
- inna
- nie dotyczy – nie prowadzę działalności gospodarczej ani nie zasiadam w organach zarządczych/nadzorczych spółek

adres zameldowania:

ulica i nr:

mięscowość:

kod pocztowy:

państwo:

adres korespondencyjny:

ulica i nr:

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 147 200 000 zł

miejsowość:

kod pocztowy:

państwo

nr telefonu:

adres e-mail:

Składka:

Składka Lokacyjna:

Składka Inwestycyjna:

Oplata Wstępna:

Składka Zainwestowana:

Składka została zapłacona przez: Klienta/Ubezpieczonego Ubezpieczającego

nr rachunku bankowego, wskazany przez Klienta/Ubezpieczonego*:

* Klient/Ubezpieczony wskazuje numer rachunku bankowego, tylko jeżeli Składka została zapłacona przez Klienta/Ubezpieczonego, jeżeli Składka została zapłacona przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający wskaże nr rachunku bankowego, na który zostanie zwrócona Składka lub wypłacona Wartość wykupu

Dane właściciela rachunku bankowego, wskazanego przez Klienta/Ubezpieczonego (niezbędne do przelewu):

Imię i nazwisko
lub nazwa instytucji:

Adres właściciela rachunku
bankowego wskazanego
przez Klienta/ Ubezpieczonego:

Przyczyna rezygnacji z ubezpieczenia:

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z ubezpieczenia „DAMA PIK PLUS” i proszę o wypłatę należnych mi środków na wyżej wskazany rachunek bankowy.

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 Ubezpieczającego:**

** Ubezpieczający wskazuje numer rachunku bankowego, tylko jeżeli Składka została zapłacona przez Ubezpieczającego, jeżeli Składka została zapłacona przez Klienta/Ubezpieczonego, Klient/Ubezpieczony wskazuje nr rachunku bankowego, na który zostanie zwrócona Składka lub wypłacona Wartość wykupu

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

Imię i nazwisko:

lub nazwa instytucji:

Adres właściciela rachunku
bankowego wskazanego
przez Klienta/ Ubezpieczonego:

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:

- 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 powyżej,

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 147 200 000 zł

- 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) osoby fizyczne, 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:

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