warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

Data i pieczęć jednostki/numer, imię i nazwisko agenta TUnŻ „WARTA" S.A. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYKUP UBEZPIECZENIA, WYPŁATĘ Z TYTUŁU DOŻYCIA DO KOŃCA OKRESU UBEZPIECZENIA, OSIĄGNIĘCIA WIEKU EMERYTALNEGO

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UPRAWNIONY

I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy ____ Numer polisy _____

Nazwisko ubezpieczonego: _____

Imię ubezpieczonego: _____

Data urodzenia: DD – MM – RRRR Obywatelstwo _____

Seria i nr dokumentu tożsamości _____ PESEL _____

Adres do korespondencji Kraj _____

Ulica _____ Nr domu ____ Nr lokalu ____

Kod pocztowy ___ – ___ Miejscowość _____

Adres e-mail _____ Nr telefonu kontaktowego _____

(Uwaga: podanie adresu e-mail przyspieszy ewentualną korespondencję w sprawie wniosku)

II. Wnioskuję o wypłatę środków z tytułu:

Wykupu ubezpieczenia*:

☐ Składki regularne ☐ całkowity ☐ częściowy w: % ☐☐ % lub w kwocie _____
(Tutaj proszę wpisać jaką część środków ma zostać wypłacona)

☐ Składki dodatkowe ☐ całkowity ☐ częściowy w: % ☐☐ % lub w kwocie _____
(Tutaj proszę wpisać jaką część środków ma zostać wypłacona)

☐ Rodzaj subkonta (dla ubezpieczeń grupowych) ____ ☐ całkowity ☐ częściowy w: % ☐☐ % lub w kwocie _____
(Tutaj proszę wpisać jaką część środków ma zostać wypłacona)

☐ Dożycia do końca okresu ubezpieczenia

Umowa ubezpieczenia zakończyła się w dniu DD – MM – RRRR

☐ Osiągnięcia wieku emerytalnego zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia

Data osiągnięcia wieku emerytalnego DD – MM – RRRR

☐ Uzyskania uprawnień rentowych ZUS/powstania inwalidztwa

Data uzyskania uprawnień DD – MM – RRRR

☐ Skrócenia okresu ubezpieczenia w związku z tym, że współubezpieczony:

- zawarł związek małżeński (konieczne dołączenie odpisu aktu małżeństwa) ☐
- został rodzicem (konieczne dołączenie odpisu aktu urodzenia) ☐
- rozpoczął naukę w szkole wyższej (konieczne dołączenie zaświadczenia o podjęciu nauki w szkole wyższej) ☐

III. Dane osoby uprawnionej do otrzymania środków *(wypełnić tylko w przypadku, jeżeli osobą uprawnioną nie jest ubezpieczony)*

Nazwisko/Nazwa: _____

Imię: _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Data urodzenia: DD – MM – RRRR PESEL _____

Obywatelstwo/Kraj _____

Adres do korespondencji Kod pocztowy ___ – ___ Poczta _____

Ulica _____ Nr domu ____ Nr lokalu ____

Miejscowość _____ Nr telefonu _____

Adres e-mail _____ Kraj _____

(Uwaga: podanie adresu e-mail przyspieszy ewentualną korespondencję w sprawie wniosku)

* wnioskowana wartość wykupu jest wartością brutto

SWN-13g

IV. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

☐ Przelewem na rachunek bankowy numer: _____

☐ Przekazem pocztowym na adres: .....

.....

Dane od strony transakcji (innej niż uprawniony) jeżeli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż uprawniony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa: _____

Adres (ulica, numery, miejscowość, kraj): _____

V. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Dowód osobisty uprawnionego/ubezpieczonego

TUnŻ „WARTA" SA zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji, która okaże się niezbędna w procesie rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia.

TUnŻ „WARTA" SA, w przypadkach koniecznych, zastrzega sobie prawo do żądania do wglądu oryginałów dokumentów.

VI. Oświadczenia i podpisy

1. TUnŻ „WARTA" S.A. informuje, że na potrzeby realizacji obowiązków wynikających z rozdziału 7a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361, ze zm.; dalej: „ustawa PIT"), określi kraj rezydencji podatkowej faktycznego odbiorcy świadczenia w oparciu o dane wynikające z przedstawionego paszportu, urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość bądź gdy dane te nie są zawarte w wymienionych dokumentach, w oparciu o dane wynikające z innego dokumentu potwierdzającego tożsamość i wskazującego na jego miejsce zamieszkania bądź w oparciu o kraj wydający wymienione wyżej dokumenty.
   Przyjęcie przez TUnŻ „WARTA" S.A. innego kraju rezydencji podatkowej wymaga dostarczenia przez Ubezpieczonego oryginału certyfikatu rezydencji, który został wystawiony dla faktycznego odbiorcy świadczenia (podstawa prawna: art. 44e ust.1 pkt 2 ustawy o PIT i z art. 44c ust. 1 pkt 2 ustawy PIT)".
   Definicje:
   - faktyczny odbiorca świadczenia – osoba, której TUnŻ „WARTA" S.A. wypłaca świadczenie lub zabezpiecza jego wypłatę, chyba że osoba ta udowodni, że działa w imieniu innej osoby fizycznej będącej faktycznym odbiorcą i ujawni tożsamość tej osoby fizycznej TUnŻ „WARTA" S.A. (podstawa prawna: art. 44c ust. 1 pkt 2 ustawy o PIT);
   - certyfikat rezydencji – zaświadczenie o miejscu zamieszkania podatnika dla celów podatkowych wydane przez właściwy organ administracji podatkowej państwa zamieszkania podatnika, wydane w okresie 3 lat poprzedzających dzień wypłaty odsetek lub dzień, w którym wypłata odsetek przysługiwała faktycznemu odbiorcy, a jego okres ważności obejmuje dzień wypłaty odsetek lub dzień, w którym wypłata odsetek przysługiwała faktycznemu odbiorcy (podstawa prawna: art. 44e ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 5a pkt 21 ustawy o PIT).
2. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUnŻ „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, będące administratorem danych o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych - aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.
3. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
4. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.
5. Realizując ustawowy obowiązek informacyjny niniejszym informujemy, że skargi, zażalenia, w tym reklamacje mogą być składane do Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1, a ponadto w formie elektronicznej za pomocą formularza **www.warta.pl/reklamacje**, telefonicznie pod nr 502 308 308 oraz w każdej jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie, reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej **www.warta.pl**; Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

_____	D D – M M – R R R R	_____
Miejscowość	Data	Podpis uprawnionego (w przypadku wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia, konieczne są podpisy współubezpieczonego i ubezpieczonego)

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

Nazwa zakładu pracy _____

Imię i nazwisko pracownika _____

Data zatrudnienia pracownika D D – M M – R R R R

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem D D – M M – R R R R

_____

Pieczątka i podpis osoby upoważnionej w zakładzie pracy