



## 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 przelać na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup> 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