

ŻYCIE TUW

Jeśli wniosek jest wypełniany bez udziału Przedstawiciela Towarzystwa / Pośrednika ubezpieczeniowego, należy dołączyć do wniosku kserokopię dokumentu tożsamości. Jeśli Ubezpieczający jest osobą prawną lub działa przez przedstawiciela (pełnomocnik), do wniosku powinien być dołączony Załącznik nr 4.

DANE IDENTYFIKUJĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nr umowy		Nazwisko/Nazwa firmy	Imię		
PESEL / NIP		<input type="checkbox"/> Dowód osobisty	<input type="checkbox"/> Paszport	<input type="checkbox"/> Karta pobytu	
Seria i numer dokumentu tożsamości		Obywatelstwo	Państwo urodzenia	Telefon	E-mail
		Telefon		E-mail	@
Adres zamieszkania / Siedziba					
ulica:	nr domu/lokalu:	kod pocztowy:	miejsowość:	kraj:	
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania / siedziby)					
ulica:	nr domu/lokalu:	kod pocztowy:	miejsowość:	kraj:	
Prowadzę działalność gospodarczą	Zawód wykonywany oraz branża				
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					

Wnioskuje o wykup częściowy w wysokości _____ zł/ całkowity

Dotyczy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie

- Acti GWARANT
- Acti PLUS wariant 1
- Acti PLUS wariant 2

FORMA WYPŁATY (prosimy zaznaczyć właściwe pole)

Przelew bankowy

nr rachunku bankowego:

1. Imię i nazwisko/Nazwa właściciela rachunku bankowego _____

2. Adres Właściciela rachunku: _____

Przekaz pocztowy

Ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość

Przeksięgowanie na polisę / wniosek numer _____

Kraj rezydencji podatkowej

Numer identyfikacji podatkowej (TIN)

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód:

Kraj rezydencji podatkowej

Numer identyfikacji podatkowej (TIN)

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód:

Kraj rezydencji podatkowej

Numer identyfikacji podatkowej (TIN)

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód:

Niniejszym oświadczam, iż:

1. sprawdziłem informacje podane na niniejszym formularzu i że są one prawdziwe, prawidłowe i kompletne,
2. zobowiązuję się do aktualizacji wskazanych powyżej informacji w terminie 30 dni od dnia zaistnienia zmiany oraz do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

* Informacje pomocnicze, w tym definicje pojęć znajdują się w ustawie z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz zawarte są w formularzu "Definicje AML i Rezydencji podatkowej".

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych jest MACIF Życie TUW z siedzibą przy ul. Bema 89, 01-233 Warszawa oraz zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania, a także o dobrowolności ich podawania. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż dane osobowe podane w niniejszym wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z realizacją obowiązków nałożonych na zakłady ubezpieczeń wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. z dnia 17 lutego 2016 r. Dz.U. z 2016 r., poz. 299 z późn. zm.).

<p>Data:</p> <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td> <td>M</td><td>M</td> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	<p>Miejscowość:</p>	<p>▼ Czytelny podpis Ubezpieczającego/Właściciela polisy ▼</p>
D	D	M	M	R	R	R	R			

POTWIERDZENIE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia, wskazane w niniejszym wniosku, zostały złożone przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w mojej obecności, po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz poprawności ich danych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości ze zdjęciem.

<p>Data:</p> <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td> <td>M</td><td>M</td> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	<p>Imię i nazwisko pośrednika:</p>	<p>Nazwa firmy:</p>	<p>▼ Czytelny podpis pośrednika ▼</p>
D	D	M	M	R	R	R	R				