



## Wniosek o odstąpienie od umowy IKZE

Nr polisy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nr Klienta u Dystrybutora

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Przedstawiciela

\_\_\_\_\_  
Nr Przedstawiciela

\_\_\_\_\_  
Nr Oddziału

### Właściciel polisy/Ubezpieczony

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

uzupełnić tylko jeśli Właściciel polisy/Ubezpieczony nie posiada numeru PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  mDowód\* (\*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Dokument tożsamości Seria/Nr \_\_\_\_\_ Termin ważności dokumentu \_\_\_\_\_

Państwo urodzenia \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

**Uwaga:** Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub kartę pobytu).

Jeśli wniosek jest wypełniony w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden kopia dokumentu tożsamości nie jest wymagana.

### Dane dotyczące wypłaty

#### Przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku \_\_\_\_\_

Dane właściciela rachunku (proszę wypełnić jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

Nazwisko/Nazwa \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy \_\_\_\_\_

#### Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa Banku \_\_\_\_\_

Adres Banku \_\_\_\_\_

Kod BIC (SWIFT) \_\_\_\_\_ Waluta \_\_\_\_\_

### Oświadczenie Właściciela polisy/Ubezpieczonego

- Odstępuję od Umowy IKZE. Niniejsze oświadczenie uznaje się za skuteczne, o ile zostało złożone w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy IKZE.
- Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku odstąpienia Nationale-Nederlanden zwraca Ubezpieczonemu wpłaconą Składkę IKZE.
- Wpłata następuje w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Nationale-Nederlanden pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy IKZE.

Właściciel polisy/Ubezpieczony

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

\_\_\_\_\_

Podpis

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### Oświadczenie Przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden

Potwierdzam, że przeprowadziłam/em weryfikację tożsamości osoby składającej wniosek oraz, że dane we wniosku są zgodne z dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby składającej wniosek.

Przedstawiciel lub pracownik biura

Nationale-Nederlanden

Podpis

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_