



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych
Spółka Akcyjna
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22,
tel. 058 550 97 28, fax 058 550 97 29,
e-mail: zycie@tuskokzycie.com.pl www.skok.pl

DYSPOZYCJA WYKUPU

Z POLISY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM - PROGRES

Pieczęć oddziału SKOK

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię i nazwisko PESEL

Numer polisy NIP

RODZAJ WYKUPU

CZĘŚCIOWY

CAŁKOWITY

W ZWIĄZKU Z WYKUPEM CZĘŚCIOWYM PROSZĘ O (możliwy jest wybór tylko jednej z przedstawionych opcji)

- wypłacenie kwoty zł w drodze wykupu części Jednostek UFK PROGRES
- wypłacenie maksymalnej dopuszczalnej kwoty przy zachowaniu Minimalnej Wartości Polisy

PROSZĘ O DOKONANIE WYKUPU

przelewem na konto (nazwa banku)

	-		-		-		-		-		-		-		-	
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Właściciel konta

przekazem pocztowym na adres

Imię i nazwisko odbiorcy

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (wypełnić w przypadku, jeśli właściciel konta jest inną osobą niż Ubezpieczający)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	NIP
Data urodzenia.....	Seria i numer dowodu osobistego
Miejsce urodzenia	Seria i numer innego dokumentu tożsamości
Obywatelstwo	

W przypadku wykupu (częściowego, całkowitego) lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, pobierana jest opłata likwidacyjna w wysokości:

- 5% wartości dokonywanego wykupu, jeżeli wykup lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nastąpiło w pierwszym Roku Polisy,
- 3% wartości dokonywanego wykupu, jeżeli wykup lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nastąpiło w drugim Roku Polisy

(zgodnie z § 21 ust. 4 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – Profit)

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 §1 kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze złożeniem niniejszego wniosku są prawdziwe.

Miejscowość i data

Podpis

wypełnia uprawniony pracownik SKOK wysyłający faksem dyspozycję

Potwierdzenie przyjęcia wniosku

Imię i nazwisko

Kod pracownika

Pieczętka i podpis

Adres e-mail / telefon kontaktowy

ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)

- dowód osobisty
- inny dokument tożsamości

Numer faksu do TU SKOK ŻYCIE SA – 058 550 97 29