

ZGŁOSZENIE REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA "INWESTYCYJNY PLAN UBEZPIECZENIOWY"

1. UBEZPIECZYCIEL/UBEZPIECZAJĄCY (BANK)

Nr Kartoteki Klienta

ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Ludna 2
00-406 Warszawa

ING Bank Śląski S.A.
ul. Sokolska 34
40-086 Katowice

2. UBEZPIECZONY

Nazwisko

Imiona

PESEL

Nr Certyfikatu ubezpieczenia

Nr rachunku bankowego Ubezpieczonego, do wypłaty Wartości wykupu:

3. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

- Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że w razie rezygnacji z Ubezpieczenia otrzymam Wartość wykupu, określoną w Szczególnych Warunkach na podstawie których objęty jestem Ochroną ubezpieczeniową z uwzględnieniem zasad właściwych dla ww. numeru Certyfikatu ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na otrzymanie za pośrednictwem Ubezpieczającego (Banku) zwrotu Wartości wykupu na wskazany powyżej rachunek bankowy, najpóźniej w następnym dniu roboczym po dniu otrzymania przez Ubezpieczającego (Bank) niniejszego formularza.

Podpis Ubezpieczonego

Data

Imię i nazwisko
Pracownika Banku

Nr Oddziału

Nr telefonu Pracownika Banku

Podpis Pracownika Banku

Data