

Formularz

Wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zakończenia Okresu ochrony

MetLife®



Prosimy wypełnić dużymi, drukowanymi literami.

Dane identyfikujące Ubezpieczonego

Nr Umowy	<input type="text"/>			
Data urodzenia	<input type="text"/>			
PESEL	<input type="text"/>			
Dowód osobisty / paszport	<input type="text"/>			
Nazwisko	<input type="text"/>	Imiona	<input type="text"/>	
Adres	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość		Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	<input type="text"/>			

Dyspozycja dotycząca świadczenia

W związku z przysługującą mi kwotą świadczenia z tytułu zawartej z MetLife TUnŻIR S.A. Umowy ubezpieczenia, proszę o przekazanie należnej mi kwoty:

a) przelewem na wskazany numer konta

Kwota lub procent świadczenia	<input type="text"/>			
Nazwa banku	<input type="text"/>			
Numer rachunku bankowego	<input type="text"/>			
Nazwisko i imię właściciela rachunku	<input type="text"/>			
Adres właściciela rachunku	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość		Kod pocztowy	
Uwagi	<input type="text"/>			

b) przekazem pocztowym na wskazany adres

Kwota lub procent świadczenia	<input type="text"/>			
Nazwisko i imię	<input type="text"/>			
Adres	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość		Kod pocztowy	

Uwaga! Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń w celu wypłaty świadczenia niezbędne jest dołączenie kopii dokumentu tożsamości.

Podpis osoby uprawnionej

Prosimy złożyć podpis zgodny ze wzorem podpisu.

_____ Miejscowość i data _____ Podpis Ubezpieczonego _____ Podpis i pieczętka Specjalistki