

**Formularz****Wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego
z tytułu zakończenia Okresu ochrony**

Prosimy wypełnić dużymi, drukowanymi literami.

Dane identyfikujące Ubezpieczonego

Nr Umowy	1710020090		
Data urodzenia	19011959		
PESEL	59011900000		
Dowód osobisty / paszport	AC153584		
Nazwisko	NOWAK	Imiona	JAN
Adres	Ulica	AMPLIKOWSKA	Nr domu 10 Nr lokalu 5
	Miejscowość	WARSZAWA	Kod pocztowy 00-105
Telefon kontaktowy	608400400		

Dyspozycja dotycząca świadczenia

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

a) przelewem na wskazany numer konta

Kwota lub procent świadczenia	100%		
Nazwa banku	DnB NORD		
Numer rachunku bankowego	10	0000	0000 1111 0000 0000 0000
Nazwisko i imię właściciela rachunku	NOWAK JAN		
Adres właściciela rachunku	Ulica	AMPLIKOWSKA	Nr domu 10 Nr lokalu 5
	Miejscowość	WARSZAWA	Kod pocztowy 00-105
Uwagi			

b) przekazem pocztowym na wskazany adres

Kwota lub procent świadczenia			
Nazwisko i imię			
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.

WARSZAWA, 29.04.2013
Miejscowość i data

Nowak
Podpis Ubezpieczonego

Podpis i pieczęćka Specjalistki