

DYSPOZYCJA WYPŁATY Z UBEZPIECZENIA NA RZECZ OSOBY TRZECIEJ (dla Osoby Prawnej)

Nr Rachunku udziałów / Nr Polisy:	
I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO	
Imiona:	
Nazwisko:	
PESEL:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
W związku ze złożoną dyspozycją:	
<input type="checkbox"/> Rezygnacji z ubezpieczenia	
<input type="checkbox"/> Wykupu całkowitego	
<input type="checkbox"/> Odstąpienia	
<input type="checkbox"/> Odstąpienia/wystąpienia po rocznicy	
<input type="checkbox"/> Wypłaty świadczenia z tytułu dożycia ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia	
Wskazuję dane Osoby Trzeciej jako beneficjenta wypłaty z ubezpieczenia.	
II. DANE PODMIOTU	
Pełna nazwa:	
Forma organizacyjna:	NIP:
Państwo rejestracji, właściwy rejestr oraz numer i data rejestracji: <i>(w przypadku braku NIP)</i>	
Adres siedziby lub adres prowadzenia działalności:	
Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:
III. FORMA WYPŁATY	
<input type="checkbox"/> przelewem na rachunek bankowy:	
Nazwa właściciela rachunku bankowego:	
Nr rachunku bankowego:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Dane (adres) właściciela rachunku bankowego:	
Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:
<input type="checkbox"/> przekazem pocztowym:	
Nazwa właściciela rachunku bankowego	
Przekazem pocztowym na adres:	
Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:

IV. Oświadczenie dotyczące beneficjenta rzeczywistego

Zgodnie z art. 34 ust. 1 pkt 2 oraz art. 46 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. jest zobowiązane uzyskać dane dotyczące beneficjentów rzeczywistych, ich statusu PEP oraz struktury własności i kontroli podmiotu.

Do niniejszej dyspozycji załączam wypełniony formularz **Oświadczenie dotyczące beneficjenta rzeczywistego**.

W przypadku, kiedy beneficjent rzeczywisty wskazał Obywatelstwo inne niż polskie, konieczne jest wypełnienie przez tę Osobę oraz dostarczenie do Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie S.A. Oświadczenia Klienta o Rezydencji Podatkowej.

Miejscowość i data złożenia dyspozycji

Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego