

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
adres

AEGON  
Towarzystwo Ubezpieczeń  
na Życie S.A.  
ul. Wołoska 5  
02-675 Warszawa

Oświadczam, iż ja niżej podpisany/-a, legitymujący/-a się dowodem osobistym numer \_\_\_\_\_ rezygnuję z umowy nr \_\_\_\_\_ oraz wszystkich umów dodatkowych. Powołując się na decyzję zarządu z dnia 24 listopada 2014 roku wnoszę o wypłatę środków zgromadzonych na polisie o nr \_\_\_\_\_ bez opłat likwidacyjnych.

Wartość wykupu proszę przesłać na rachunek bankowy :

\_\_\_\_\_

Z poważaniem

.....  
podpis

Załączniki: 1) kopia dowodu osobistego 2) formularz wykupu