

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

### WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Nr polisy/certyfikatu: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

#### II. DANE UPRAWNIONEGO

*UWAGA! - podanie danych dotyczących Ubezpieczonego innych niż uprzednio zgłoszone Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group potraktowane będzie jako jednoczesna dyspozycja aktualizacji danych*

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji:

Ulica: \_\_\_\_\_ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mięscowość: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### III. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY

Ubezpieczonego  Małżonka/Konkubenta  Dziecka  Rodzica  Rodzica Małżonka

#### IV. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- |                                                              |                                                                    |                                                                |                                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zgon                                | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu                          | <input type="checkbox"/> Złamanie                              | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Zgon powodujący osierocenie dziecka | <input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM                             | <input type="checkbox"/> Zwichnięcie                           | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Narodziny dziecka                   | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne (świadczenie apteczne) | <input type="checkbox"/> Oparzenie                             | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Narodziny martwego dziecka          | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna                     | <input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo                    | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu        | <input type="checkbox"/> Rehabilitacja                             | <input type="checkbox"/> Dożycie do końca okresu ubezpieczenia | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie                | <input type="checkbox"/> Rekonwalescencja                          | <input type="checkbox"/> Wykup                                 | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |

#### V. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Przyczyna zdarzenia:  nieszczęśliwy wypadek  wypadek przy pracy  zawał serca/udar mózgu

Data zdarzenia: DD - MM - RRRR (Np data: urodzenia/zgonu, przeprowadzenia operacji)

Okres pobytu w szpitalu od: DD - MM - RRRR do: DD - MM - RRRR

Okres rekonwalescencji szpitalnej od: DD - MM - RRRR do: DD - MM - RRRR

Miejsce, data, godzina wypadku: \_\_\_\_\_ DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_ :

Przyczyna i okoliczności wypadku/zgonu: \_\_\_\_\_

Rodzaj urazu i opis doznanego uszczerbku na zdrowiu (nie dotyczy roszczeń z tytułu zgonu) \_\_\_\_\_

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

Adres placówki medycznej, w której leczy się/leczył Ubezpieczony (dotyczy nieszczęśliwego wypadku) \_\_\_\_\_

Czy zakończono leczenie i rehabilitację? (nie dotyczy roszczeń z tytułu zgonu)

TAK DD - MM - RRRR  
(data zakończenia)

NIE DD - MM - RRRR  
(data przewidywanego zakończenia)

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana Policja?  TAK  NIE

Jeżeli tak, proszę podać dokładny adres posterunku Policji i nr sprawy \_\_\_\_\_

Adres Prokuratury/Sądu i nr sprawy \_\_\_\_\_

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby/zdiagnozowania jednostki chorobowej DD - MM - RRRR

Adres placówki medycznej która sprawuje/sprawowała opiekę medyczną związaną ze zgłoszoną chorobą

## VI. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE (nie należy wypełniać, jeżeli zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

## VII. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

w całości  w części, tj. w kwocie: \_\_\_\_\_  
(w stosunku do pozostałej części należnego świadczenia należy wypełnić część VIII niniejszego formularza)

przelew na rachunek bankowy nr: \_\_\_\_\_

właściciel rachunku bankowego: Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Oświadczam, iż wypłata świadczenia w ww. formie stanowi właściwe spełnienie zobowiązania Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w zakresie wypłaty świadczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

## VIII. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA POZOSTAŁEJ CZĘŚCI ŚWIADCZENIA

Część świadczenia w wysokości proszę przelać na konto umowy ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
nr polisy: \_\_\_\_\_

tytułem składki ubezpieczeniowej/wpłaty na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group\*(zgodnie z dotychczas obowiązującą dyspozycją/zgodnie z wnioskiem o zmianę alokacji składki, złożonym przeze mnie w dniu \_\_\_\_\_)

\* niepotrzebne skreślić

## IX. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA DECYZJI ROSZCZENIOWEJ

Wyrażam zgodę na przesłanie decyzji w sprawie roszczenia na podany przeze mnie adres e-mail

## OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.”  TAK  NIE
- Oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązku dostarczenia do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie

podpis osoby zgłaszającej roszczenie

podpis osoby, której dotyczy zdarzenie  
(wypełnić, gdy zdarzenie nie dotyczy Ubezpieczonego)

## OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESŁANYCH DOKUMENTÓW Z POSIADANYM ORYGINAŁEM LUB UWIERZYTELNIIONYMI KOPIAMI

**UWAGA!** W przypadku realizacji zgłoszonych roszczeń o wypłatę świadczenia, warunkiem jest dostarczenie do Towarzystwa oryginałów dokumentów bądź ich kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem, niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.

Ja, niżej podpisany (imię i nazwisko): \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ legitymujący się dowodem osobistym lub paszportem seria/numer \_\_\_\_\_

wydanym przez \_\_\_\_\_ niniejszym oświadczam, iż przesłane przeze mnie skany/zdjęcia/kserokopie\* dokumentów wymaganych do rozpatrzenia zgłaszanego przeze mnie roszczenia z tytułu \_\_\_\_\_

(określenie zdarzenia i daty, np. pobyt w szpitalu w dniach od 01 do 15 stycznia 2015 roku)

na podstawie umowy ubezpieczenia, w której jestem osobą ubezpieczoną/uprawnioną są zgodne z oryginałami/uwiarygodnionymi kopiami\* dokumentów, które posiadam.

\* niepotrzebne skreślić.

       -        -             

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

### X. INFORMACJA O UMOWIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO (wypełnia zakład pracy/Pośrednik)

- dotyczy Ubezpieczonego:                       pracownika Ubezpieczającego                       małżonka pracownika Ubezpieczającego  
 dziecka pracownika Ubezpieczającego                       partnera pracownika Ubezpieczającego

Początek odpowiedzialności dla Ubezpieczonego:

     -      -             

Czy przed pierwszym dniem odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group względem Ubezpieczonego, był on objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia?

TAK                       NIE

Jeżeli TAK proszę podać okres ubezpieczenia w poprzedniej umowie:

od:      -      -               
do:      -      -             

Czy osoba zgłaszająca roszczenie załącza dokumenty potwierdzające wcześniejsze ubezpieczenie Ubezpieczonego?

TAK                       NIE

Jeżeli TAK to jakie: \_\_\_\_\_

Data zatrudnienia Ubezpieczonego (pracownika):

     -      -             

Czy w dniu zdarzenia Ubezpieczony (pracownik) był zatrudniony przez Ubezpieczającego?

TAK                       NIE

Data rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym (pracownikiem)  
(jeśli w dniu zdarzenia Ubezpieczony nie był zatrudniony)

     -      -             

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego

     -      -             

Czy Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie dotyczące rezygnacji z ubezpieczenia?

TAK                       NIE

Jeżeli TAK proszę podać datę skuteczności oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia (koniec odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group względem Ubezpieczonego).

     -      -             

Data wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego:

     -      -             

\_\_\_\_\_  
pieczęć firmowa zakładu pracy

\_\_\_\_\_  
data, pieczęć i podpis uprawnionego pracownika  
zakładu pracy/Pośrednika

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

**Administrator danych osobowych: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group** z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jeruzolimskie 162, 02-342 Warszawa), dalej jako „Administrator”.

**Dane kontaktowe Administratora:** z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail [centrala@compensa.pl](mailto:centrala@compensa.pl), telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jeruzolimskie 162, 02-342 Warszawa).

**Inspektor ochrony danych:** z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail [iod@vig-polska.pl](mailto:iod@vig-polska.pl) lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jeruzolimskie 162, 02-342 Warszawa).

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:**

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyka	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraniem umów ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych

- a) **Okres przechowywania danych:** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów

o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów profilowania, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

**Odbiorcy danych:** Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

**Prawa osoby, której dane dotyczą:** Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody, lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

**Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

**Informacja o wymogu podania danych:**

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.