

Nr polisy / Wniosku _____

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa firmy _____ REGON _____

Adres _____

DOTYCHCZASOWE DANE OSOBOWE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R, PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Obywatelstwo _____ Adres zamieszkania _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

DANE KONTAKTOWE/OSOBOWE OSOBY UBEZPIECZONEJ, KTÓRE ULEGŁY ZMIANIE

Obywatelstwo _____ Adres zamieszkania _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

WYPIS Z DOWODU OSOBISTEGO (jeśli dotyczy)

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R, PESEL _____ Nazwisko rodowe _____

Imię ojca _____ Imię matki _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Data ważności dowodu osobistego D,D - M,M - R,R,R,R,

WYPIS Z PASZPORTU (jeśli dotyczy)

Nazwisko i imię _____

Seria i numer paszportu _____ Data ważności paszportu D,D - M,M - R,R,R,R,

DANE PARTNERA – WYPEŁNIA PRACOWNIK (tylko w przypadku, gdy pracownik nie jest w związku małżeńskim)

Nazwisko i imię Partnera _____

PESEL _____

UPOSAŻENI NA WYPADEK ŚMIERCI OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwisko i imię	Pokrewieństwo	Udział w %	PESEL lub data urodzenia
		____	_____
		____	_____
		____	_____
		____	_____

Data D,D - M,M - R,R,R,R, _____ miejscowość _____

zatwierdzenie elektroniczne
przy użyciu kodu sms przez Ubezpieczonego

• Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie Umowy ubezpieczenia, kolejnych wersji Polis, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przeze mnie Umową ubezpieczenia, wybierając jako formę kontaktu:

Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

TAK NIE

Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

TAK NIE

Wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu)

(załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia)



VIENNA INSURANCE GROUP

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

Niniejszy druk wypełnia osoba przyjmująca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie okazanego oryginału dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez osobę przyjmującą wniosek o wypłatę świadczenia należy dołączyć do tego wniosku. Wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość stanowi część dokumentacji świadczeniowej.

WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO (wypełnić jeśli osobą uprawnioną jest osoba ubezpieczona)

Imiona _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Seria, numer, oznaczenie dokumentu stwierdzającego tożsamość _____

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość D, D, - M, M, - R, R, R, R,

Nazwisko rodowe Ubezpieczonego _____

Imię ojca ubezpieczonego _____ Imię matki ubezpieczonego _____

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejsowość _____ podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego _____

WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ MAŁŻONKA/PARTNERA (w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących małżonka/partnera)

Imiona _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Nazwisko rodowe małżonka/partnera Ubezpieczonego _____

Imię ojca małżonka/partnera ubezpieczonego _____ Imię matki małżonka/partnera ubezpieczonego _____

Jednocześnie oświadczam, iż do dnia dzisiejszego pozostaję w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa z _____

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejsowość _____ podpis małżonka / partnera _____

OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ NINIEJSZY WYPIS

Oświadczam, że podane powyżej informacje zgodne są z danymi zawartymi w okazanym mi oryginale dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejsowość _____ czytelny podpis osoby przyjmującej wypis _____

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

UBEZPIECZONY
 TAK NIE

UPRAWNIONY
 TAK NIE

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejsowość _____ podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego _____