

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

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia/dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

Adres do korespondencji:

Ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ - _____ Miejscowość: _____

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"/> Choroba śmiertelna |
| <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: _____

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESŁANYCH DOKUMENTÓW Z POSIADANYM ORYGINAŁEM LUB UWIERZYTELNIONYMI KOPIAMI

UWAGA! W przypadku realizacji/wypłaty zgłoszonych roszczeń o wypłatę świadczenia powyżej kwoty 20 000 PLN, 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 _____

wydany 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.

DD - MM - RRRR _____
miejsowość _____ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie _____

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, że podany powyżej numer rachunku bankowego należy do mnie. TAK NIE

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.

DD - MM - RRRR _____
miejsowość _____ czytelny podpis uprawnionego _____

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
- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z obsługą świadczenia ubezpieczeniowego 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
- 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)

DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO**

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. TAK NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 D D - M M - R R R R _____
miejsowość _____ czytelny podpis uprawnionego _____

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

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

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego D D - M M - R R R R

_____ pieczęć firmowa zakładu pracy _____ data, pieczęć i podpis uprawnionego pracownika
zakładu pracy/Pośrednika _____

**WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wice ministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących ekspozowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w lit. a-g, i, j, określa Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących ekspozowanymi stanowiskami publicznymi.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne lub utrzymującą z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne.

PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.