

Nr polisy indywidualnej: _____

Wniosek o wypłatę świadczenia

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

I. DANE UBEZPIECZONEGO/UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwisko i imiona _____ Data urodzenia DD-MM-RRRR

Nr PESEL _____ Adres zamieszkania zameldowania korespondencyjny

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Pocztą _____ Kod pocztowy _____ Nr telefonu _____

Miejscowość _____ Województwo _____

II. DANE UPOSAŻONEGO GŁÓWNEGO

Nazwisko i imię/ Nazwa: _____ PESEL/REGON _____

Adres: Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Pocztą _____ Kod pocztowy _____ Nr telefonu _____

Miejscowość _____ Województwo _____

III. DANE UPOSAŻONEGO ZASTĘPCZEGO

Nazwisko i imię/ Nazwa: _____ PESEL/REGON _____

Adres: Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Pocztą _____ Kod pocztowy _____ Nr telefonu _____

Miejscowość _____ Województwo _____

IV. WYPŁATA Z TYTUŁU

Śmierci Ubezpieczonego _____ Data zgonu DD-MM-RRRR

Całkowita niezdolność do pracy spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem _____ Data wypadku DD-MM-RRRR

Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego _____ Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy DD-MM-RRRR

Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku _____ Data zdiagnozowania choroby DD-MM-RRRR

Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego _____ Data zgonu DD-MM-RRRR

V. OŚWIADCZENIE

Adres placówki medycznej, w której był zarejestrowany, leczył się Ubezpieczony (adres lekarza rodzinnego i przychodni specjalistycznych) _____

Miejsce, przyczyna i okoliczności śmierci): _____

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy _____

Adres Policji wezwanej na miejsce / adres Prokuratury prowadzącej sprawę _____

VI. ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kopia skróconego odpisu aktu zgonu | <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarza orzecznika ZUS |
| <input type="checkbox"/> kopia karty statystycznej z przyczyną zgonu | <input type="checkbox"/> zaświadczenie o kwocie zadłużenia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (orzeczenie zgonu) | <input type="checkbox"/> kopia Umowy kredytu / pożyczki o numerze _____ |
| <input type="checkbox"/> kopia raportu policyjnego (w przypadku nieszczęśliwego wypadku) | <input type="checkbox"/> Harmonogram spłaty rat kredytu |
| <input type="checkbox"/> kopia protokołu BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku) | <input type="checkbox"/> kopia Dowodu Osobistego |
| <input type="checkbox"/> wynik badania histopatologicznego | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> kopia karty leczenia szpitalnego | |

VII. SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Nazwa banku _____

Nr rachunku bankowego _____

Imię i nazwisko właściciela rachunku* _____

Adres zamieszkania właściciela rachunku* _____

* w przypadku gdy właścicielem rachunku nie jest uprawniony do świadczenia należy podpisać poniższe oświadczenia

Oświadczam, że podany powyżej numer rachunku bankowego nie należy do mnie
Oświadczam, że przekazanie kwoty świadczenia na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Compensy z tytułu świadczenia wynikającego z w/w Umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Compensy żadnych roszczeń.

Zgodnie z art. 23. I. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, nr konta bankowego niezbędnych w procesie wypłaty świadczenia/zwrotu składki.

Data DD - MM - RRRR

podpis uprawnionego do świadczenia

VIII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ NA UDOSTĘPNIENIE SWOJEGO RACHUNKU BANKOWEGO TOWARZYSTWU

Zgodnie z art. 23. I. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, nr konta bankowego niezbędnych w procesie wypłaty świadczenia/zwrotu składki.

Data: DD - MM - RRRR

podpis Właściciela rachunku

Informacje od Administratora danych osobowych

Zgodnie z art. 24. I. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.), informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- 2) Pana/Pani dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 3) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 4) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wypłaty świadczenia/zwrotu składki,
- 5) Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.