ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

POLISA-ŻYCIE
VIENNA INSURANCE GROUP

Nr polisy/certyfikatu: | | | - | | | - | | | | | |

I. DANE UBEZPIECZONEGO (należy wypełnić drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko:

PESEL: Data urodzenia: - - DD-MM-RRRR

II. DANE UPRAWNIONEGO (należy wypełnić drukowanymi literami)

UWAGA! - podanie danych dotyczących Ubezpieczonego innych niż uprzednio zgłoszone „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group potraktowane będzie jako jednoczesna dyspozycja aktualizacji danych

Imię i Nazwisko:

PESEL: Data urodzenia: - - DD-MM-RRRR

Telefon: e-mail:

Adres:

ulica: nr domu: nr mieszkania: kod pocztowy: -

miejscowość: Kraj:

III. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY

☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka/Konkubenta ☐ Dziecka ☐ Rodzica ☐ Rodzica Małżonka

IV. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO:

☐ Zgon	☐ Pobyt w szpitalu	☐ Złamanie	☐ Inne (jakie): _____
☐ Zgon powodujący osierocenie dziecka	☐ Pobyt na OIOM	☐ Zwichnięcie	☐ Inne (jakie): _____
☐ Narodziny dziecka	☐ Leczenie poszpitalne (świadczenie apteczne)	☐ Oparzenie	☐ Inne (jakie): _____
☐ Narodziny martwego dziecka	☐ Operacja chirurgiczna	☐ Trwałe inwalidztwo	☐ Inne (jakie): _____
☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu	☐ Rehabilitacja	☐ Dożycie do końca okresu ubezpieczenia	☐ Inne (jakie): _____
☐ Poważne zachorowanie	☐ Rekonwalescencja	☐ Wykup	☐ 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: - - do: - - DD-MM-RRRR

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

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

Przyczyna i okoliczności wypadku/zgonu :

Rodzaj urazu i opis doznanego uszczerbkku 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 NIE | | | - | | | - | | | | | DD-MM-RRRR

(data zakończenia) (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 wystapienia 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: | | | - | | | - | | | | | DD-MM-RRRR

VII. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

☐ w całości ☐ w części, tj. w kwocie:

(w stosunku do pozostałej części należnego świadczenia należy wypełnić cześć 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 „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group w zakresie wypłaty świadczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

W przypadku gdy właścicielem rachunku nie jest Ubezpieczony należy podpisać poniższe oświadczenie

OŚWIADCZENIE WOLI OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ NA UDOSTĘPNIENIE SWOJEGO NR RACHUNKU BANKOWEGO TOWARZYSTWU

Zgodnie z art. 23.1.1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późń. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwisko, adres zamieszkania, nr konta bankowego niezbędnych w procesie rozpatrywania roszczeń.

miejscowość i data

podpis osoby wyrażającej zgodę

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 „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group *(zgodnie z dotychczas obowiązującą dyspozycją / zgodnie z wnioskiem o zmianę alokacji składki, złożonym przeze mnie w dniu _____

☐ Proszę o kontakt z przedstawicielem „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group celem przedstawienia mi oferty produktowej „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group

W przypadku złożenia przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia pozostała część należnego mu świadczenia przelana zostanie na poczet nowej umowy ubezpieczenia tytułem składki ubezpieczeniowej. Niezłożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia skutkować będzie wypłatą pozostałej części należnego świadczenia zgodnie z dyspozycją co do formy wypłaty (przelew, przekaz pocztowy), zawartą w części VII niniejszego formularza.

* 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 zostałem/łam poinformowany/a o obowiązku dostarczenia do „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.

** Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia Ubezpieczonego, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

** Wyrażam zgodę na przetwarzanie, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy ubezpieczenia. Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE: ☐

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE: ☐

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002r. (Dz.U. Nr 144 poz. 1204 z późń. zm.). NIE: ☐

** Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane w niniejszym formularzu informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałem/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

**oświadczenie odnosi sie również do osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, jeżeli ta osoba żyje i nie jest jednocześnie Ubezpieczonym zgłaszającym roszczenie

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 UWIERZYTELNIONYMI 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.

data: __ __ - __ __ - __ __ __ __ _____ _____

miejscowość — czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

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

dotyczy Ubezpieczonego: ☐ pracownika Ubezpieczającego ☐ małżonka pracownika Ubezpieczającego ☐

dziecka pracownika Ubezpieczajacego ☐ partnera pracownika Ubezpieczającego ☐

Początek odpowiedzialności dla Ubezpieczonego: __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR

Czy przed pierwszym dniem odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE" TU 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: __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR Do: __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR

Czy osoba zgłaszająca roszczenie załącza dokumenty potwierdzające wcześniejsze ubezpieczenie Ubezpieczonego TAK: ☐ NIE: ☐

Jeżeli TAK to jakie: _____

Data zatrudnienia Ubezpieczonego (pracownika): __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR

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) __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR

Czy Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie dotyczące rezygnacji z ubezpieczenia TAK: ☐ NIE: ☐

Jeżeli TAK proszę podać datę skuteczności oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia (koniec odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group względem Ubezpieczonego). __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR

Data wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego: __ __ - __ __ - __ __ __ __ DD-MM-RRRR

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