

Wniosek o wypłatę świadczenia

(ubezpieczenia grupowe i grupowe indywidualnie kontynuowane, ubezpieczenie Między Nami)

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

Nr polisy _____

DANE UBEZPIECZONEGO (wypełnia Ubezpieczony lub uprawniony jeżeli Ubezpieczony nie żyje)

Nazwisko _____
i imiona _____

Data urodzenia DD - MM - RR RR PESEL _____

Adres _____
do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

DANE UPRAWNIONEGO (wypełnia uprawniony)

Nazwisko _____
i imiona _____ Obywatelstwo _____

PESEL/ _____ Data urodzenia* DD - MM - RR RR Miejsce urodzenia _____ Państwo urodzenia _____
REGON _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres _____
do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

WYPŁATA Z TYTUŁU

☐ Śmierci osoby ubezpieczonej

- ☐ w następstwie nieszczęśliwego wypadku
☐ w następstwie udaru mózgu lub zawału serca
☐ w wypadku przy pracy
☐ w następstwie wypadku komunikacyjnego
☐ w wypadku komunikacyjnym przy pracy

Data zgonu DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

Data wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

☐ Osierocenia dziecka (jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka osoby ubezpieczonej)

Data zgonu DD - MM - RR RR

☐ Osierocenie dziecka (z wypłatą renty)

Data zgonu DD - MM - RR RR

☐ Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie:

- ☐ nieszczęśliwego wypadku
☐ nieszczęśliwego wypadku przy pracy
☐ udaru mózgu lub zawału serca

dotyczy: ☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka ☐ Dziecka

Data zdarzenia DD - MM - RR RR

☐ Śmierci małżonka

- ☐ w następstwie nieszczęśliwego wypadku
☐ w następstwie wypadku komunikacyjnego

Data zgonu DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

☐ Śmierci dziecka

- ☐ w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Data zgonu DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

☐ Śmierci rodzica

- ☐ w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Data zgonu DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

☐ Śmierci teścia

- ☐ w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Data zgonu DD - MM - RR RR

Data wypadku DD - MM - RR RR

☐ Urodzenia się dziecka

Data urodzenia DD - MM - RR RR

☐ Urodzenia się martwego noworodka

Data urodzenia DD - MM - RR RR

☐ Urodzenia się dziecka:

- ☐ w wyniku ciąży mnogiej
☐ z wadą wrodzoną
☐ z niską punktacją w skali APGAR

Data urodzenia DD - MM - RR RR

- ☐ Pobytu w szpitalu w następstwie:
- ☐ choroby
 - ☐ nieszczęśliwego wypadku
 - ☐ nieszczęśliwego wypadku przy pracy
 - ☐ zawału serca, udaru mózgu
 - ☐ wypadku komunikacyjnego
 - ☐ nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy
 - ☐ na oddziale OIOM
- ☐ Świadczenie apteczne
- ☐ Rekonwalescencja
- ☐ Operacji chirurgicznej
- ☐ Operacji kręgosłupa będącej następstwem urazu kręgosłupa w wyniku wypadku przy pracy
- ☐ Poważnego zachorowania

- ☐ Leczenie specjalistyczne
- ☐ Choroby śmiertelnej
- ☐ Choroby spowodowanej zakażeniem w pracy
- ☐ Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie:
- ☐ choroby
 - ☐ nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- ☐ Czasowa niezdolność do pracy w następstwie:
- ☐ choroby
 - ☐ nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Złamań kości kończyn górnych lub kości kończyn dolnych w następstwie wypadku przy pracy
- ☐ Zatrucia w następstwie wypadku przy pracy

dotyczy: ☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka ☐ Dziecka

Okres pobytu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu w szpitalu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Okres pobytu na zwolnieniu od DD - MM - RR,RR,RR do DD - MM - RR,RR,RR

Data operacji DD - MM - RR,RR,RR

Data operacji DD - MM - RR,RR,RR

dotyczy: ☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka ☐ Dziecka

Data wystąpienia poważnego zachorowania DD - MM - RR,RR,RR

Data wystąpienia choroby DD - MM - RR,RR,RR

Data wystąpienia choroby DD - MM - RR,RR,RR

Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy DD - MM - RR,RR,RR

Data wypadku DD - MM - RR,RR,RR

dotyczy: ☐ Ubezpieczonego ☐ Dziecka

Data wypadku DD - MM - RR,RR,RR

Data zdiagnozowania choroby lub data wypadku DD - MM - RR,RR,RR

Data wypadku DD - MM - RR,RR,RR

Data wypadku DD - MM - RR,RR,RR

Data zatrucia DD - MM - RR,RR,RR

INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM

Miejsce, data i godzina wypadku / śmierci _____

Przyczyna i okoliczności wypadku / śmierci _____

Data wystąpienia pierwszych objawów chorobowych DD - MM - RR,RR,RR

Rodzaj urazu i opis doznanego uszczerbku na zdrowiu (nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci) _____

Adres placówki medycznej, w której leczy / leczyl się Ubezpieczony _____

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana Policja? Jeżeli TAK, proszę podać dokładny adres posterunku Policji i nr sprawy _____

Adres Prokuratury / Sądu i nr sprawy _____

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy _____

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

Czy zakończono leczenie i rehabilitację? ☐ TAK, data zakończenia DD - MM - RR,RR,RR
(nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci)

☐ NIE, data przewidywanego zakończenia DD - MM - RR,RR,RR

ZAŁĄCZONO DOKUMENTY (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

- ☐ skrócony odpis aktu zgonu
- ☐ karta statystyczna z przyczyną zgonu / zaświadczenie lekarskie
- ☐ skrócony odpis aktu urodzenia
- ☐ raport policyjny (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)
- ☐ protokół BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)
- ☐ wynik badania histopatologicznego
- ☐ wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) / w przypadku zgłoszenia zgonu Ubezpieczonego kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) uprawnionego
- ☐ karta leczenia szpitalnego
- ☐ dokumentacja medyczna (z udzielenia pierwszej pomocy, z przychodni, z poradni specjalistycznej, ze szpitala)
- ☐ aktualny akt małżeństwa (nie starszy niż 3 miesiące od daty wystawienia)
- ☐ _____
- ☐ _____

O decyzji dotyczącej realizacji zgłoszenia Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie w terminie zgodnym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, liczącym od momentu otrzymania pełnej dokumentacji niezbędnej do zrealizowania świadczenia.

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESYŁANYCH DOKUMENTÓW Z POSIADANYM ORYGINAŁEM LUB UWIERZYTELNIIONYMI 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 przez mnie roszczenia z tytułu _____

(określenie zdarzenia i daty, np. pobyt w szpitalu w dniach 01.01.2018 – 05.01.2018)

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

Data DD - MM - RR, RR, RR _____ miejscowość _____ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie _____

SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

Adres zamieszkania właściciela rachunku _____

przelew na rachunek nr _____

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

Oświadczam, że przekazanie kwoty świadczenia na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Towarzystwa z tytułu świadczenia wynikającego z w/w Umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

DEKLARACJA UPRAWNIONEGO W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO**

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).

☐ TAK ☐ NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data DD - MM - RR, RR, RR _____ miejscowość _____ czytelny podpis uprawnionego _____

OŚWIADCZENIA

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

UBEZPIECZONY
☐ TAK ☐ NIE

UPRAWNIONY
☐ 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)

UBEZPIECZONY
☐ TAK ☐ NIE

UPRAWNIONY
☐ TAK ☐ NIE

- Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

UBEZPIECZONY
☐ TAK ☐ NIE

UPRAWNIONY
☐ TAK ☐ NIE

Data DD - MM - RR, RR, RR _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego _____ podpis uprawnionego _____

**** 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 osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska 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.

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 eksponowane 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 eksponowane 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 eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.