

Wniosek o wypłatę świadczenia

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



VIENNA INSURANCE GROUP

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 D, D, - M, M, - R, R, R, R, PESEL _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

DANE UPRAWNIONEGO (wypełnia uprawniony)

Nazwisko i imiona _____ Obywatelstwo _____

PESEL/REGON _____ Data urodzenia* D, D, - M, M, - R, R, R, R, Miejsce urodzenia _____ Państwo urodzenia _____

Seria, numer, oznaczenie dokumentu stwierdzającego tożsamość _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

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

WYPŁATA Z TYTUŁU

<input type="checkbox"/> Śmierci osoby ubezpieczonej	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie udaru mózgu lub zawału serca	Data wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w wypadku przy pracy	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie wypadku komunikacyjnego	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w wypadku komunikacyjnym przy pracy	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nowotworu złośliwego	Data wystąpienia nowotworu złośliwego <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy w gospodarstwie rolnym	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Osierocenia dziecka (jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka osoby ubezpieczonej)	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka (z wypłatą renty)	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie:	dotyczy: <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> Małżonka <input type="checkbox"/> Dziecka
<input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku	Data zdarzenia <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku przy pracy	
<input type="checkbox"/> udaru mózgu lub zawału serca	
<input type="checkbox"/> wypadku komunikacyjnego	
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy w gospodarstwie rolnym	
<input type="checkbox"/> Śmierci małżonka / partnera	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie wypadku komunikacyjnego	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	Data wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Śmierci dziecka	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie wypadku komunikacyjnego	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Śmierci rodzica	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Śmierci rodzeństwa	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Śmierci teścia	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Śmierci rodzica partnera	Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Urodzenia się dziecka	Data urodzenia <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Urodzenia się martwego noworodka	Data urodzenia <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>
<input type="checkbox"/> Urodzenia się dziecka:	Data urodzenia <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u>

- w wyniku ciąży mnogiej
- z wadą wrodzoną
- z niską punktacją w skali APGAR
- 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 po pobycie w szpitalu
- Operacji chirurgicznej
- w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- Operacji kręgosłupa będącej następstwem urazu kręgosłupa w wyniku wypadku przy pracy
- Operacji plastycznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- Poważnego zachorowania
- Leczenie specjalistyczne
- Choroby śmiertelnej
 - Nowotworu złośliwego
 - Leczenia nowotworu złośliwego
 - Choroby spowodowanej zakażeniem w pracy
- Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie:
- choroby
 - 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
- Lekkich obrażeń ciała
- Pobytu w sanatorium
- dotyczy: Ubezpieczonego Małżonka / Partnera Dziecka
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu w szpitalu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu na zwolnieniu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- dotyczy: Ubezpieczonego Małżonka / Partnera
- Data operacji D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wypadku D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data operacji D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data operacji D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- dotyczy: Ubezpieczonego Małżonka Dziecka
- Data wystąpienia poważnego zachorowania D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- dotyczy: Ubezpieczonego Dziecka
- Data wystąpienia choroby D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data rozpoznania D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data zastosowania leczenia D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wystąpienia choroby D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- dotyczy: Ubezpieczonego Dziecka
- Data wypadku D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data zdiagnozowania choroby lub data wypadku D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wypadku D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wypadku D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data zatrucia D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data zdarzenia D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od D, D, - M, M, - R, R, R, R, do D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wypadku D, D, - M, M, - R, R, R, R,

INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM

Miejsce, data i godzina wypadku / śmierci _____

Przyczyna i okoliczności wypadku / śmierci _____

Data wystąpienia pierwszych objawów chorobowych D, D, - M, M, - R, R, R, R,

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 D, D, - M, M, - R, R, R, R, NIE, data przewidywanego zakończenia D, D, - M, M, - R, R, R, R,
 (nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci)

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)
- skierowanie/orzeczenie na leczenie uzdrowskowe/rehabilitację uzdrowskową
- _____
- _____

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

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESYŁANYCH 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 _____

wydanym 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 D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____ 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 osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.**
- Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.**
- Oświadczam, że jestem osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.**

TAK NIE
 TAK NIE
 TAK NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuję się jego aktualizacji w przypadku zmiany okoliczności w nim wskazanych.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____ miejscowość _____ czytelny podpis uprawnionego _____

OŚWIADCZENIA

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”. | UBEZPIECZONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | UPRAWNIONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <ul style="list-style-type: none"> 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
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | UPRAWNIONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <ul style="list-style-type: none"> Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) | UBEZPIECZONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | UPRAWNIONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

 Data D, D, - M, M, - R, R, R, R,

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 2018 r. uważa się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
 - członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
 - członków organów zarządzających partii politycznych,
 - członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
 - członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
 - ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
 - członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
 - dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
 - dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
 - inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.
- 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:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- 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:

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