

Wniosek o wypłatę świadczenia z indywidualnych ubezpieczeń na życie

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

Nr polisy _____

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imiona _____
Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

DANE WSPÓLUBEZPIECZONEGO/UPOSAŻONEGO W UBEZPIECZENIU ZAOPATRZENIA DZIECI

Nazwisko i imiona _____
Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (uzupełnić, jeżeli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)

Nazwisko i imiona / nazwa _____

DANE UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZENIA

Nazwisko i imiona _____ Obywatelstwo _____
PESEL/REGON _____ Data urodzenia* D,D - M,M - R,R,R,R Miejsce urodzenia _____ Państwo urodzenia _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania/siedziba _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

Uprawniony do świadczenia jest: Ubezpieczonym Uposażonym inne

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

WNIOSKUJĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

Śmierci Ubezpiezonego Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce zgonu _____

w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce wypadku _____

w następstwie wypadku komunikacyjnego Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce wypadku _____

Śmierci Ubezpieczającego Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce zgonu _____

Śmierci Współubezpiezonego Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce zgonu _____

Śmierci Uposażonego (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci)

Dożycie Ubezpiezonego końca Okresu ubezpieczenia

Dożycie Uposażonego końca Okresu ubezpieczenia (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci)

Powąznego zachorowania Ubezpiezonego Data rozpoznania D,D - M,M - R,R,R,R

Powąznego zachorowania Uposażonego (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci) Data rozpoznania D,D - M,M - R,R,R,R

Nowotworu złośliwego Data rozpoznania D,D - M,M - R,R,R,R

Leczenia nowotworu złośliwego Data zastosowania leczenia D,D - M,M - R,R,R,R

Pobytu w szpitalu z powodu: Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R

nieszczęśliwego wypadku Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R

choroby

Trwałego uszczerbku na zdrowiu

Operacji chirurgicznej z powodu: Data operacji D,D - M,M - R,R,R,R

nieszczęśliwego wypadku Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R

choroby

Trwałego kalectwa Ubezpiezonego / inwalidztwa / trwałej utraty zdrowia / ciężkiej trwałej utraty zdrowia / trwałego uszczerbku na zdrowiu Uposażonego (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci) w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Trwałej utraty zdrowia Współubezpiezonego

Choroby śmiertelnej Ubezpiezonego

WNIOSKUJĘ O PRZEJĘCIE OPŁATY SKŁADEK Z POWODU

Śmierci Ubezpiezonego/Ubezpieczającego Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyną śmierci jest nieszczęśliwy wypadek choroba/y

Trwałej / Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpiezonego Przyczyną niezdolności do pracy jest: nieszczęśliwy wypadek choroba/y

Ochrony dziecka w przypadku śmierci lub inwalidztwa Ubezpieczającego Inne _____

Jaka choroba/y jest przyczyną niezdolności do pracy? _____

Data wystąpienia zdarzenia/przyczyny niezdolności do pracy (zdiagnozowania choroby lub wystąpienia nieszczęśliwego wypadku) D,D - M,M - R,R,R,R

Data początku niezdolności do pracy D,D - M,M - R,R,R,R

PODAĆ DOKŁADNE ADRESY PLACÓWEK, W KTÓRYCH LECZYŁ SIĘ LUB LECZY UBEZPIECZONY (adres lekarza rodzinnego lub przychodni specjalistycznej)

OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO DO ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Należy podać dokładne okoliczności tj. datę, miejsce wypadku i krótki opis zdarzenia, rodzaj uszkodzenia ciała oraz adres policji, pogotowia ratunkowego i prokuratury (jeśli była na miejscu zdarzenia)

ZAŁĄCZONO DOKUMENTY**W przypadku śmierci Ubezpieczonego / Ubezpieczającego / Uposażonego / Współubezpieczonego**

- kopia dokumentu tożsamości tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia
- oryginał skróconego odpisu aktu zgonu
- poświadczona przez wystawcę dokumentu karta zgonu lub zaświadczenie o przyczynie zgonu (z czytelną pieczęcią placówki służby zdrowia)

oraz dodatkowo:**W przypadku śmierci Ubezpieczonego / Uposażonego / Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego**

- kopia notatki służbowej z policji poświadczona za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginał protokołu BHP, jeśli wypadek miał miejsce w pracy
- kopia postanowienia prokuratorskiego

W każdym przypadku poniżej

- wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość (tj. dowodu osobistego lub np. paszportu) osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia)

oraz dodatkowo:**W przypadku pobytu w szpitalu / operacji ubezpieczonego**

- kopia skierowania do szpitala
- oryginały kart informacyjnych ze szpitala
- inne (wymienić jakie) _____

W przypadku trwałego kalectwa / inwalidztwa / utraty zdrowia / lub trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- oryginał zaświadczenia o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej
- oryginały kart informacyjnych leczenia szpitalnego
- oryginał zaświadczenia o zakończeniu leczenia
- kopia notatki służbowej z policji poświadczona za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginał protokołu BHP, jeśli wypadek miał miejsce w pracy

W przypadku poważnego zachorowania / nowotworu złośliwego / leczenie nowotworu złośliwego Uposażonego / Ubezpieczonego

- oryginały kart informacyjnych leczenia szpitalnego
- oryginał wyniku badania histopatologicznego (w przypadku nowotworu)
- inne dokumenty medyczne potwierdzające zaistnienie poważnego zachorowania / nowotworu złośliwego / leczenie nowotworu złośliwego

W przypadku choroby śmiertelnej

- oryginały dokumentacji medycznej
- diagnozę i rokowania choroby śmiertelnej ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą

W przypadku trwałej / całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz utraty zdolności uposażonego do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku

- kopie zwolnień lekarskich poświadczone za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginały orzeczeń lekarskich (ZUS, KRUS inne organy) o niezdolności do pracy
- oryginały kart leczenia szpitalnego
- inne dokumenty medyczne potwierdzające istnienie całkowitej niezdolności do pracy

dodatkowo:**W przypadku trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem**

- oryginał zaświadczenia o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej
- kopia notatki służbowej z policji poświadczona za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginał protokołu BHP, jeśli wypadek miał miejsce w pracy

Proszę o zwrot oryginałów załączonych dokumentów: Tak Nie

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, liczonym od momentu otrzymania pełnej dokumentacji niezbędnej do zrealizowania świadczenia.

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

_____ miejscowość

_____ podpis uprawnionego do świadczenia, składającego wniosek

SPOSÓB REALIZACJI ŚWIADCZENIA

Nr rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

Imię i nazwisko właściciela rachunku _____

Adres zamieszkania właściciela rachunku _____

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

* W przypadku, gdy właścicielem rachunku bankowego nie jest uprawniony należy podpisać poniższe oświadczenie.

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

_____ podpis uprawnionego do świadczenia

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

DEKLARACJA UPRAWNIENEGO DO ŚWIADCZENIA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO**

1. Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.** TAK NIE
2. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.** TAK NIE
3. Oświadczam, że jestem osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.** TAK NIE

Jestem świadomy/a 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

_____ podpis uprawnionego do świadczenia

**** 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:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
 - b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
 - 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 trybów nadzwyczajnych,
 - e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
 - f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
 - g) 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,
 - 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 oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
 - j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.
- Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi 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 eksponowanymi 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 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.