

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

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

Nr polisy/certyfikatu: _____ - _____ - _____

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia/dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

II. DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia/dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

Adres do korespondencji:

Ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ - _____ Miejscowość: _____

Kraj: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

III. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY

- Ubezpieczonego Małżonka Konkubenta/Partnera Dziecka
 Rodzica Rodzeństwa Rodzica Małżonka/Konkubenta/Partnera

IV. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> zgon | <input type="checkbox"/> pakiet urazowy | <input type="checkbox"/> operacja plastyczna |
| <input type="checkbox"/> zgon powodujący osierocenie dziecka | <input type="checkbox"/> poważne zachorowanie | <input type="checkbox"/> rehabilitacja |
| <input type="checkbox"/> narodziny dziecka | <input type="checkbox"/> leczenie specjalistyczne | <input type="checkbox"/> rekonwalescencja |
| <input type="checkbox"/> narodziny dziecka z wadą wrodzoną | <input type="checkbox"/> choroba śmiertelna | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy |
| <input type="checkbox"/> narodziny dziecka z niską punktacją w skali APGAR | <input type="checkbox"/> pobyt w szpitalu | <input type="checkbox"/> czasowa niezdolność do pracy |
| <input type="checkbox"/> narodziny dziecka w wyniku ciąży mnogiej | <input type="checkbox"/> pobyt w sanatorium | <input type="checkbox"/> inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> narodziny martwego dziecka | <input type="checkbox"/> pobyt na OIOM | <input type="checkbox"/> inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> trwałe uszkodzenie na zdrowiu | <input type="checkbox"/> leczenie szpitalne (świadczenie apteczne) | <input type="checkbox"/> dożycie do końca okresu ubezpieczenia |
| <input type="checkbox"/> lekkie obrażenia ciała | <input type="checkbox"/> operacja chirurgiczna | <input type="checkbox"/> wykup |

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: DD - MM - RRRR do: DD - MM - RRRR

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

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

Przyczyna i okoliczności wypadku/zgonu: _____

Rodzaj urazu i opis doznanego uszkodzenia 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
(data zakończenia)

NIE DD - MM - RRRR
(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 wystąpienia 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/dzień: ____ miesiąc: ____ rok: _____

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESŁANYCH 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: _____ Dokument stwierdzający tożsamość: _____ Seria, numer, oznaczenie: _____

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.

* niepotrzebne skreślić.

DD - MM - RRRR _____
miejsowość czytelnny podpis osoby składającej oświadczenie

VII. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

w całości w części, tj. w kwocie: _____
(w stosunku do pozostałej części należnego świadczenia należy wypełnić część VIII niniejszego formularza)

przelew na rachunek bankowy nr: _____

właściciel rachunku bankowego: Imię i Nazwisko: _____

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

Oświadczam, iż wypłata świadczenia w ww. formie stanowi właściwe spełnienie zobowiązania Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w zakresie wypłaty świadczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

DD - MM - RRRR _____
miejsowość czytelnny podpis uprawnionego

VIII. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA POZOSTAŁEJ CZĘŚCI ŚWIADCZENIA

Część świadczenia w wysokości proszę przenieść na konto umowy ubezpieczenia _____ nr polisy: _____
tytułem składki ubezpieczeniowej/wpłaty na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group* (zgodnie z dotychczas obowiązującą dyspozycją/zgodnie z wnioskiem o zmianę alokacji składki, złożonym przeze mnie w dniu _____)

* 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 zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.” TAK NIE
- Wyrażam zgodę na przysyłanie 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
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie _____
podpis osoby zgłaszającej roszczenie _____
podpis osoby, której dotyczy zdarzenie
(wypełnić, gdy zdarzenie nie dotyczy Ubezpieczonego)

DEKLARACJA 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.

DD - MM - RRRR _____
mięscowość _____
czytelny podpis uprawnionego

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

- dotyczy Ubezpieczonego: pracownika Ubezpieczającego małżonka pracownika Ubezpieczającego
 dziecka pracownika Ubezpieczającego partnera pracownika Ubezpieczającego

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego DD - MM - RRRR

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

** 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, 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 utrzymujące 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.