

Nr polisy indywidualnej: \_\_\_\_\_

## Wniosek o wypłatę świadczenia

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

### I. DANE UBEZPIECZONEGO/UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwisko i imiona \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD - MM - RRRR

Nr PESEL \_\_\_\_\_ Adres  zamieszkania  zameldowania  korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Pocztą \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_

### II. DANE UPOSAŻONEGO GŁÓWNEGO

Nazwisko i imię/ Nazwa: \_\_\_\_\_ PESEL/REGON \_\_\_\_\_

Adres: Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Pocztą \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_

### III. DANE UPOSAŻONEGO ZASTĘPCZEGO

Nazwisko i imię/ Nazwa: \_\_\_\_\_ PESEL/REGON \_\_\_\_\_

Adres: Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Pocztą \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_

### IV. WYPŁATA Z TYTUŁU

Śmierci Ubezpieczonego \_\_\_\_\_ Data zgonu DD - MM - RRRR

Całkowita niezdolność do pracy spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem \_\_\_\_\_ Data wypadku DD - MM - RRRR

Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego \_\_\_\_\_ Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy DD - MM - RRRR

Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku \_\_\_\_\_ Data zdiagnozowania choroby DD - MM - RRRR

Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego \_\_\_\_\_ Data zgonu DD - MM - RRRR

### V. OŚWIADCZENIE

Adres placówki medycznej, w której był zarejestrowany, leczył się Ubezpieczony (adres lekarza rodzinnego i przychodni specjalistycznych) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miejsce, przyczyna i okoliczności śmierci): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adres Policji wezwanej na miejsce / adres Prokuratury prowadzącej sprawę \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VI. ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kopia skróconego odpisu aktu zgonu                              | <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarza orzecznika ZUS              |
| <input type="checkbox"/> kopia karty statystycznej z przyczyną zgonu                     | <input type="checkbox"/> zaświadczenie o kwocie zadłużenia              |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (orzeczenie zgonu)                      | <input type="checkbox"/> kopia Umowy kredytu / pożyczki o numerze _____ |
| <input type="checkbox"/> kopia raportu policyjnego (w przypadku nieszczęśliwego wypadku) | <input type="checkbox"/> Harmonogram spłaty rat kredytu                 |
| <input type="checkbox"/> kopia protokołu BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)       | <input type="checkbox"/> kopia Dowodu Osobistego                        |
| <input type="checkbox"/> wynik badania histopatologicznego                               | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> kopia karty leczenia szpitalnego                                |   |

## VII. SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko właściciela rachunku\* \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania właściciela rachunku\* \_\_\_\_\_

\* w przypadku gdy właścicielem rachunku nie jest uprawniony do świadczenia należy podpisać poniższe oświadczenia

Oświadczam, że podany powyżej numer rachunku bankowego nie należy do mnie  
Oświadczam, że przekazanie kwoty świadczenia na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Compensy z tytułu świadczenia wynikającego z w/w Umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Compensy żadnych roszczeń.

Zgodnie z art. 23.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, nr konta bankowego niezbędnych w procesie wypłaty świadczenia/zwrotu składki.

Data DD - MM - RRRR

\_\_\_\_\_ podpis uprawnionego do świadczenia

## VIII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ NA UDOSTĘPNIENIE SWOJEGO RACHUNKU BANKOWEGO TOWARZYSTWU

Zgodnie z art. 23.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, nr konta bankowego niezbędnych w procesie wypłaty świadczenia/zwrotu składki.

Data: DD - MM - RRRR

\_\_\_\_\_ podpis Właściciela rachunku

### Informacje od Administratora danych osobowych

Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.), informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- 2) Pana/Pani dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 3) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 4) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wypłaty świadczenia/zwrotu składki,
- 5) Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.