VIENNA LIFE
VIENNA INSURANCE GROUP

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

☐ zgon	☐ pakiet urazowy	☐ operacja plastyczna
☐ zgon powodujący osierocenie dziecka	☐ poważne zachorowanie	☐ rehabilitacja
☐ narodziny dziecka	☐ leczenie specjalistyczne	☐ rekonwalescencja
☐ narodziny dziecka z wadą wrodzoną	☐ choroba śmiertelna	☐ całkowita niezdolność do pracy
☐ narodziny dziecka z niską punktacją w skali APGAR	☐ pobyt w szpitalu	☐ czasowa niezdolność do pracy
☐ narodziny dziecka w wyniku ciąży mnogiej	☐ pobyt w sanatorium	☐ inne (jakie): _____
☐ narodziny martwego dziecka	☐ pobyt na OIOM	☐ inne (jakie): _____
☐ trwały uszczerbek na zdrowiu	☐ leczenie poszpitalne (świadczenie apteczne)	☐ dożycie do końca okresu ubezpieczenia
☐ lekkie obrażenia ciała	☐ operacja chirurgiczna	☐ wykup

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Przyczyna zdarzenia: ☐ nieszczęśliwy wypadek ☐ wypadek przy pracy ☐ zawał serca/udar mózgu

Data zdarzenia: D D - M M - R R R R (Np data: urodzenia/zgonu, przeprowadzenia operacji)

Okres pobytu w szpitalu od: D D - M M - R R R R do: D D - M M - R R R R

Okres rekonwalescencji poszpitalnej od: D D - M M - R R R R do: D D - M M - R R R R

Miejsce, data, godzina wypadku: _____ D D - M M - R R R R ___ : ___

Przyczyna i okoliczności wypadku/zgonu: _____

Rodzaj urazu i opis doznanego uszczerbkku 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 D D - M M - R R R R (data zakończenia)

☐ NIE D D - M M - R R R R (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 D D - M M - R R R R

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 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: _____ 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.

D D - M M - R R R R _____ miejscowość _____ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

VII. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

☐ w całości ☐ w części, tj. w kwocie: _____

(w stosunku do pozostałej części należnego świadczenia należy wypełnić cześć 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.

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

VIII. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA POZOSTAŁEJ CZĘŚCI ŚWIADCZENIA

☐ Część świadczenia w wysokości proszę przelać 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 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
- 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.

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

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

☐ dotyczy Ubezpieczonego: ☐ pracownika Ubezpieczającego ☐ małżonka pracownika Ubezpieczającego

☐ dziecka pracownika Ubezpieczajacego ☐ partnera pracownika Ubezpieczającego

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego D D - M M - R R R R

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.