

Nr wniosku (NWR): | | | | / | | | | / | | | |

Akta Roszczeniowe Nr: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nr polisy/certyfikatu: | | | | - | | | | - | | | |

Data wpływu do „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group

**I. DANE UBEZPIECZONEGO** (należy wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko i Imię: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PESEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Data urodzenia: | | | | - | | | | - | | | | DD-MM-RRRR

**II. DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE** (należy wypełnić drukowanymi literami)

UWAGA! - podanie danych dotyczących Ubezpieczonego innych niż uprzednio zgłoszone „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group potraktowane będzie jako jednoczesna dyspozycja aktualizacji danych

Nazwisko i Imię: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PESEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | lub Data urodzenia: | | | | - | | | | | | | | | | Obywatelstwo: | | | | | | | | | |

Symbol dokumentu tożsamości<sup>1)</sup> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Seria i numer: | | | | | | | | | | | | | | | |

<sup>1)</sup> Symbole dokumentów tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, DT - dowód tymczasowy, KP - karta pobytu, OO - inny (w przypadku wpisania symbolu „OO” należy podać rodzaj dokumentu)

Telefon: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | |

Adres zameldowania:  
UWAGA! - w przypadku braku adresu zameldowania należy podać adres zamieszkania

ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu: | | | | nr mieszkania: | | | | kod pocztowy: | | | | - | | | |

mięscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kraj: | | | | | | | | | |

Adres korespondencyjny (prosimy wypełnić, jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania):

ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu: | | | | nr mieszkania: | | | |

kod pocztowy: | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | mięscowość: | | | | | | | | | | | | | | | |

**III. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY**

Ubezpieczonego  Małżonka/Konkubenta  Dziecka  Rodzica  Rodzica Małżonka

**IV. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO:**

<input type="checkbox"/> Zgon	<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu	<input type="checkbox"/> Trwale inwalidztwo	<input type="checkbox"/> Złamanie
<input type="checkbox"/> Zgon chorobowy	<input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM	<input type="checkbox"/> Oparzenie	<input type="checkbox"/> Zwichnięcie
<input type="checkbox"/> Zgon powodujący osierocenie dziecka	<input type="checkbox"/> Narodziny dziecka	<input type="checkbox"/> Trwała całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> Choroba zawodowa
<input type="checkbox"/> Zgon w wyniku wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> Narodziny wcześniaka	<input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna	<input type="checkbox"/> Dożycie do końca okresu ubezpieczenia
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu	<input type="checkbox"/> Narodziny martwego dziecka	<input type="checkbox"/> Rehabilitacja	<input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie	<input type="checkbox"/> Poronienie	<input type="checkbox"/> Rekonwalescencja	<input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____

**V. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA:**

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

Inna (jaka?): \_\_\_\_\_

Data zdarzenia: | | | | - | | | | - | | | | | | | | | | DD-MM-RRRR

(Np data: urodzenia/zgonu, zdiagnozowania poważnego zachorowania, przeprowadzenia operacji)

Okres pobytu w szpitalu od: | | | | - | | | | - | | | | | | | | | | do: | | | | - | | | | - | | | | | | | | | | DD-MM-RRRR

Data zajścia wypadku lub zdiagnozowania jednostki chorobowej, będącej przyczyną zdarzenia: | | | | - | | | | - | | | | | | | | | | DD-MM-RRRR

**VI. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** (nie należy wypełniać, jeżeli zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego)

Nazwisko i Imię: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PESEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Data urodzenia: | | | | - | | | | - | | | | | | | | | | DD-MM-RRRR

## 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: Nazwisko i Imię: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

przekaz pocztowy na adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group  
\*(zgodnie z dotychczas obowiązującą dyspozycją / zgodnie z wnioskiem o zmianę alokacji składki, złożonym przeze mnie w dniu \_\_\_\_\_)

Proszę o kontakt z przedstawicielem „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group celem przedstawienia mi oferty produktowej „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group

W przypadku złożenia przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia pozostała część należnego świadczenia przelana zostanie na poczet nowej umowy ubezpieczenia tytułem składki ubezpieczeniowej. Niezłożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia skutkować będzie wypłatą pozostałej części należnego świadczenia zgodnie z dyspozycją co do formy wypłaty (przelew, przekaz pocztowy), zawartą w części VII niniejszego formularza.

\* niepotrzebne skreślić

## IX. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA DECYZJI ROSZCZENIOWEJ

Proszę o przesłanie decyzji w sprawie roszczenia na podany przeze mnie adres e-mail

### OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o obowiązku dostarczenia do „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.

\*\* Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarzek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia Ubezpieczonego, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

\*\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy ubezpieczenia. Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych oraz na przesyłanie za pomocą służb pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002r. (Dz.U. Nr 144 poz. 1204 z późn. zm.). NIE:

\*\* Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane w niniejszym formularzu informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałem/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

\*\*oświadczenie odnosi się również do osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, jeżeli ta osoba żyje i nie jest jednocześnie Ubezpieczonym zgłaszającym roszczenie

\_\_\_\_\_

miejscowość i data

\_\_\_\_\_

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

## X. INFORMACJA O UMOWIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO (wypełnia zakład pracy / pośrednik ubezpieczeniowy)

dotyczy Ubezpieczonego:      pracownika Ubezpieczającego \_\_\_\_\_      małżonka pracownika Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

Początek odpowiedzialności dla grupy: \_\_\_\_\_ DD-MM-RRRR

Początek odpowiedzialności dla Ubezpieczonego: \_\_\_\_\_ DD-MM-RRRR

Data zatrudnienia Ubezpieczonego (pracownika): \_\_\_\_\_ DD-MM-RRRR

Data rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym (pracownikiem)  
(jeśli w dniu zdarzenia Ubezpieczony nie był zatrudniony) \_\_\_\_\_ DD-MM-RRRR

Sposób rozwiązania stosunku pracy: \_\_\_\_\_

Data wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego: \_\_\_\_\_ DD-MM-RRRR

\_\_\_\_\_

pieczęć firmowa zakładu pracy

\_\_\_\_\_

data, pieczęć i podpis kierownika zakładu pracy  
lub Głównego Księgowego / Pośrednika Ubezpieczeniowego