

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 UPRAWNIONEGO

UWAGA! - podanie danych dotyczących Ubezpieczonego innych niż uprzednio zgłoszone Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group potraktowane będzie jako jednoczesna dyspozycja aktualizacji danych

Imię i Nazwisko: _____

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

Adres do korespondencji:

Ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ - _____ Mięscowość: _____

Kraj: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

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"/> Złamanie | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Zgon powodujący osierocenie dziecka | <input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM | <input type="checkbox"/> Zwichnięcie | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Narodziny dziecka | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne (świadczenie apteczne) | <input type="checkbox"/> Oparzenie | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Narodziny martwego dziecka | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna | <input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu | <input type="checkbox"/> Rehabilitacja | <input type="checkbox"/> Dożycie do końca okresu ubezpieczenia | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie | <input type="checkbox"/> Rekonwalescencja | <input type="checkbox"/> Wykup | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |

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 uszczerbku 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: _____

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

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 Compensa 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 oraz wszystkie osoby zainteresowane wypłatą świadczenia z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.” TAK NIE
- Oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązku dostarczenia do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.
- 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)

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESŁANYCH DOKUMENTÓW Z POSIADANYM ORYGINAŁEM LUB UWIERZYTELNIONYMI KOPIAMI

UWAGA! W przypadku realizacji zgłoszonych roszczeń o wypłatę świadczenia, 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: _____ legitymujący się dowodem osobistym lub paszportem seria/numer _____

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.

 - -

_____ miejscowość

_____ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

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

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

Początek odpowiedzialności dla Ubezpieczonego:

 - -

Czy przed pierwszym dniem odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group względem Ubezpieczonego, był on objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia?

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać okres ubezpieczenia w poprzedniej umowie:

od: - -
do: - -

Czy osoba zgłaszająca roszczenie załącza dokumenty potwierdzające wcześniejsze ubezpieczenie Ubezpieczonego?

TAK NIE

Jeżeli TAK to jakie: _____

Data zatrudnienia Ubezpieczonego (pracownika):

 - -

Czy w dniu zdarzenia Ubezpieczony (pracownik) był zatrudniony przez Ubezpieczającego?

TAK NIE

Data rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym (pracownikiem)
(jeśli w dniu zdarzenia Ubezpieczony nie był zatrudniony)

 - -

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego

 - -

Czy Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie dotyczące rezygnacji z ubezpieczenia?

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać datę skuteczności oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia (koniec odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group względem Ubezpieczonego).

 - -

Data wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego:

 - -

pieczęć firmowa zakładu pracy

data, pieczęć i podpis uprawnionego pracownika
zakładu pracy/Pośrednika

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych:

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora:

Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres email centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor Ochrony Danych:

Z Inspektorem Ochrony Danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez email iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

| CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH | PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA |
|--|--|
| obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia | niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych) |
| wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu | niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu |
| wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS | niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami |
| dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia | niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń |
| podjęmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym | niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń |
| reasekuracja ryzyk | niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia |

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Kategorie przetwarzanych danych osobowych

W procesie obsługi zgłoszonego roszczenia, w tym wypłaty świadczenia, przetwarzane będą w szczególności następujące dane osobowe: imię i nazwisko, dane adresowe, dane kontaktowe, nr PESEL, numer szkody, treść wydanej decyzji ubezpieczeniowej, wysokość odszkodowania.

Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Przekazywanie danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Źródło pochodzenia danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane bezpośrednio od Pana/Pani, ewentualnie w związku z obsługą zgłoszonego roszczenia od podmiotów uczestniczących w tym postępowaniu, tj. od podmiotu zgłaszającego roszczenie lub/i od organów władzy publicznej (w szczególności: Policja, prokuratura).

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności do obsługi zgłoszonego roszczenia i wypłaty świadczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwa wypłata świadczenia.