

## 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

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  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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_ legitymujący się dowodem osobistym lub paszportem seria/numer \_\_\_\_\_

wydany 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 \_\_\_\_\_  
mięscowość 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\*

\* W przypadku, gdy właścicielem rachunku bankowego nie jest uprawniony należy podpisać poniższe oświadczenie.

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.

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_  
mięscowość 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 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 z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.”  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| • Wyrażam zgodę na przysyłanie mi powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z obsługą świadczenia ubezpieczeniowego wybierając, jako formę kontaktu:<br>Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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\*\*

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).

TAK  NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

DD - MM - RRRR

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ czytelny podpis uprawnionego

## \*\* 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 osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- ambasadorów, chargé d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

**PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISKI WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- 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 ekspozowane stanowisko polityczne.

**PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.

## 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
wypełnianie 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
podejmowanie 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.