

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

Nr polisy _____

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (UBEZPIECZAJĄCY)

Osoba ubezpieczona (imię i nazwisko) _____
w dniu zajścia zdarzenia był nie był zatrudniony przez ubezpieczającego (nazwa zakładu pracy) _____
ubezpieczony _____
Data początku zatrudnienia w w/w zakładzie pracy ____-____-____ Data potrącenia pierwszej składki ____-____-____ Data potrącenia składki za miesiąc w którym miało miejsce zdarzenie ____-____-____
Osoba ubezpieczona zrezygnowała z obejmowania jej dotychczasową umową ubezpieczenia na życie zawartą u poprzedniego Ubezpieczyciela Nie Tak
Załączono dokumenty potwierdzające zakres umów dodatkowych oraz sum ubezpieczenia, okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową (od-do) oraz datę rezygnacji z poprzedniego grupowego ubezpieczenia i datę opłaty ostatniej składki za poprzednie ubezpieczenie grupowe Nie Tak
Osoba ubezpieczona od ____-____-____ do ____-____-____ nazwa poprzedniego TU _____
data ____-____-____ miejscowość _____ pieczętka i czytelny podpis upoważnionego pracownika zakładu pracy _____

DANE UBEZPIECZONEGO (wypełnia Ubezpieczony, uprawniony jeżeli Ubezpieczony nie żyje)

Nazwisko _____ i imiona _____ Data urodzenia ____-____-____
PESEL _____
Adres do korespondencji _____
Nr tel. _____ E-mail: _____

DANE UPRAWNIONEGO (wypełnia uprawniony)

Nazwisko _____ i imiona _____ Obywatelstwo _____
PESEL/REGON _____ Data urodzenia* ____-____-____ Miejsce urodzenia _____ Państwo urodzenia _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Adres do korespondencji _____
Nr tel. _____ E-mail: _____

* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

WYPŁATA Z TYTUŁU

<input type="checkbox"/> Śmierci osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> w następstwie udaru mózgu lub zawału serca <input type="checkbox"/> w wypadku przy pracy <input type="checkbox"/> w następstwie wypadku komunikacyjnego <input type="checkbox"/> w wypadku komunikacyjnym przy pracy	Data zgonu ____-____-____ Data wypadku ____-____-____ Data wypadku ____-____-____ Data wypadku ____-____-____ Data zdarzenia ____-____-____ Data wypadku ____-____-____	<input type="checkbox"/> Urodzenia się martwego noworodka <input type="checkbox"/> Pobytu w szpitalu w następstwie choroby <input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku przy pracy <input type="checkbox"/> zawału serca, udaru mózgu <input type="checkbox"/> wypadku komunikacyjnego	Data urodzenia ____-____-____ dotyczy: <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> małżonka <input type="checkbox"/> dziecka Okres pobytu od ____-____-____ do ____-____-____ Okres pobytu od ____-____-____ do ____-____-____ do ____-____-____ do ____-____-____
<input type="checkbox"/> Osierocenia dziecka (jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka osoby ubezpieczonej) <input type="checkbox"/> Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie <input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku przy pracy <input type="checkbox"/> udaru mózgu lub zawału serca	Data zgonu ____-____-____ Data zdarzenia ____-____-____ dotyczy: <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> małżonka	<input type="checkbox"/> wypadku komunikacyjnego <input type="checkbox"/> na oddziale OIOM <input type="checkbox"/> świadczenia aptecznego <input type="checkbox"/> rekonwalescencji	Okres pobytu od ____-____-____ do ____-____-____ do ____-____-____
<input type="checkbox"/> Śmierci małżonka <input type="checkbox"/> Śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> Śmierci dziecka <input type="checkbox"/> Śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> Śmierci rodzica <input type="checkbox"/> Śmierci teścia <input type="checkbox"/> Urodzenia się dziecka	Data zgonu ____-____-____ Data wypadku ____-____-____ Data zgonu ____-____-____ Data wypadku ____-____-____ Data zgonu ____-____-____ Data zgonu ____-____-____ Data urodzenia ____-____-____	<input type="checkbox"/> Operacji chirurgicznej <input type="checkbox"/> Operacji kręgosłupa będącej następstwem urazu kręgosłupa w wyniku wypadku przy pracy <input type="checkbox"/> Poważnego zachorowania <input type="checkbox"/> Leczenie specjalistyczne <input type="checkbox"/> Choroby śmiertelnej <input type="checkbox"/> Choroby spowodowanej zakażeniem w pracy	Data operacji ____-____-____ Data operacji ____-____-____ Data wystąpienia poważnego zachorowania dotyczy: <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> małżonka <input type="checkbox"/> dziecka Data wystąpienia choroby ____-____-____ Data wystąpienia choroby ____-____-____ Data wystąpienia choroby ____-____-____

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie
<input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku | Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy ____ - ____ - ____ | <input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy w następstwie
<input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku | |
| <input type="checkbox"/> Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku | Data wypadku ____ - ____ - ____ | <input type="checkbox"/> Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku | Data wypadku ____ - ____ - ____ |
| <input type="checkbox"/> Trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku | Data wypadku ____ - ____ - ____ | <input type="checkbox"/> Złamań kości kończyn górnych lub kości kończyn dolnych w następstwie wypadku przy pracy | Data wypadku ____ - ____ - ____ |
| | | <input type="checkbox"/> Zatrucia w następstwie wypadku przy pracy | Data zatrucia ____ - ____ - ____ |

INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM (UWAGA!: ZAWSZE NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ROSZCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, ŚMIERCI NW, INNYCH NASTĘPSTW NW LUB CHOROBY) – WYPEŁNIA UPRAWNIONY

Wszystkie dodatkowe informacje i dane mogą zostać uzupełnione pisemnym oświadczeniem uprawnionego do niniejszego wniosku

Miejsce, data i godzina wypadku / śmierci _____

Przyczyna i okoliczności wypadku / śmierci _____

Data wystąpienia pierwszych objawów chorobowych ____ - ____ - ____

Rodzaj urazu i opis doznanego uszczerbku na zdrowiu (nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci) _____

Adres placówki medycznej, w której leczy się / leczyła Osoba ubezpieczona _____

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana Policja?
Jeżeli tak, proszę podać dokładny adres posterunku Policji i nr sprawy _____

Adres Prokuratury / Sądu i nr sprawy _____

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy _____

Adres placówki medycznej która sprawuje/sprawowała opiekę medyczną związaną ze zgłoszoną chorobą _____

Czy zakończono leczenie i rehabilitację? tak, data zakończenia ____ - ____ - ____ nie, data przewidywanego zakończenia ____ - ____ - ____

ZAŁĄCZONO DOKUMENTY (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu | <input type="checkbox"/> wypis z dowodu osobistego (druk GWDO) / kopia dowodu osobistego |
| <input type="checkbox"/> karta statystyczna z przyczyną zgonu / zaświadczenie lekarskie | <input type="checkbox"/> karta leczenia szpitalnego |
| <input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu urodzenia | <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna (1. pomoc, przychodnia, poradnia specjalistyczna) |
| <input type="checkbox"/> raport policyjny (w przypadku nieszczęśliwego wypadku) | <input type="checkbox"/> aktualny akt małżeństwa (nie starszy niż 3 miesiące od daty wystawienia) |
| <input type="checkbox"/> protokół BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> wynik badania histopatologicznego | <input type="checkbox"/> _____ |

O decyzji dotyczącej realizacji zgłoszenia Compensia Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie w terminie zgodnym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, liczoną od momentu otrzymania pełnej dokumentacji niezbędnej do zrealizowania świadczenia.

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESYŁANYCH DOKUMENTÓW Z POSIADANYM ORYGINAŁEM LUB UWIERZYTELNIONYMI KOPIAMI

UWAGA! W przypadku realizacji / wypłaty zgłoszonych roszczeń o wypłatę świadczenia powyżej kwoty 8 000 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 _____

wydanym przez _____ niniejszym oświadczam, iż przesłane

przeze mnie skany/zdjęcia/kserokopie dokumentów wymaganych do rozpatrzenia zgłaszanego przez mnie roszczenia z tytułu _____

(określenie zdarzenia i daty, np. pobyt w szpitalu w dniach 1.1.2014-5.1.2014)

na podstawie umowy ubezpieczenia, w której jestem osobą ubezpieczoną, są zgodne z oryginałami/uwiarygodnionymi kopiami dokumentów, które posiadam.

Data ____ - ____ - ____ miejscowość _____ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie _____

SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY

Imię i nazwisko właściciela/-li rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

Adres zamieszkania właściciela rachunku _____

przelew na rachunek nr _____

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, że przekazanie kwoty świadczenia na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Towarzystwa z tytułu świadczenia wynikającego z w/w Umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń

DEKLARACJA UPRAWNIONEGO W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO**

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane 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.

Data ____-____-____ miejscowość _____ czytelny podpis uprawnionego _____

OŚWIADCZENIA

• Oświadczam, że zapoznałem się oraz wszystkie osoby zainteresowane wypłatą świadczenia z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

UBEZPIECZONY	UPRAWNIONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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)

UBEZPIECZONY	UPRAWNIONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

UBEZPIECZONY	UPRAWNIONY
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Data ____-____-____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego _____ 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:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- 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 trybunów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) 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,
- 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, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

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.

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 e-mail 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 e-mail 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 wypłata świadczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwa wypłata świadczenia.