



- Pobytu w szpitalu w następstwie:
- choroby
  - nieszczęśliwego wypadku
  - nieszczęśliwego wypadku przy pracy
  - zawału serca, udaru mózgu
  - wypadku komunikacyjnego
  - nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy
  - na oddziale OIOM
- Świadczenie apteczne
- Rekonwalescencja
- Operacji chirurgicznej
- Operacji kręgosłupa będącej następstwem urazu kręgosłupa w wyniku wypadku przy pracy
- Poważnego zachorowania
- Leczenie specjalistyczne
- Choroby śmiertelnej
  - Choroby spowodowanej zakażeniem w pracy
  - Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie:
    - choroby
    - nieszczęśliwego wypadku
  - Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku
  - Trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- Czasowa niezdolność do pracy w następstwie:
- choroby
  - nieszczęśliwego wypadku
  - Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku
  - Złamań kości kończyn górnych lub kości kończyn dolnych w następstwie wypadku przy pracy
  - Zatrucia w następstwie wypadku przy pracy
- dotyczy:  Ubezpieczonego  Małżonka  Dziecka
- Okres pobytu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu w szpitalu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Okres pobytu na zwolnieniu od  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  do  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data operacji  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data operacji  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- dotyczy:  Ubezpieczonego  Małżonka  Dziecka
- Data wystąpienia poważnego zachorowania  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wystąpienia choroby  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wystąpienia choroby  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wypadku  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- dotyczy:  Ubezpieczonego  Dziecka
- Data wypadku  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data zdiagnozowania choroby lub data wypadku  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wypadku  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data wypadku  D, D, - M, M, - R, R, R, R,
- Data zatrucia  D, D, - M, M, - R, R, R, R,

## INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM

Miejsce, data i godzina wypadku / śmierci \_\_\_\_\_

Przyczyna i okoliczności wypadku / śmierci \_\_\_\_\_

Data wystąpienia pierwszych objawów chorobowych  D, D, - M, M, - R, R, R, R,

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

Adres placówki medycznej, w której leczy / leczył się Ubezpieczony \_\_\_\_\_

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  D, D, - M, M, - R, R, R, R,   NIE, data przewidywanego zakończenia  D, D, - M, M, - R, R, R, R,   
(nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci)

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

- skrócony odpis aktu zgonu
- karta statystyczna z przyczyną zgonu / zaświadczenie lekarskie
- skrócony odpis aktu urodzenia
- raport policyjny (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)
- protokół BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)
- wynik badania histopatologicznego
- wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) / w przypadku zgłoszenia zgonu Ubezpieczonego kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) uprawnionego
- karta leczenia szpitalnego
- dokumentacja medyczna (z udzielenia pierwszej pomocy, z przychodni, z poradni specjalistycznej, ze szpitala)
- aktualny akt małżeństwa (nie starszy niż 3 miesiące od daty wystawienia)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

O decyzji dotyczącej realizacji zgłoszenia Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie w terminie zgodnym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, licznym 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 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 \_\_\_\_\_

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 01.01.2018 – 05.01.2018)

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

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ czytelnym podpis osoby składającej oświadczenie \_\_\_\_\_

**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY**

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania właściciela rachunku \_\_\_\_\_

przelew na rachunek nr \_\_\_\_\_

Oświadczam, że podany powyżej numer rachunku bankowego należy do mnie.  TAK  NIE

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.  TAK  NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ czytelnym podpis uprawnionego \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIA**

• Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”. **UBEZPIECZONY**  TAK  NIE **UPRAWNIONY**  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) **UBEZPIECZONY**  TAK  NIE **UPRAWNIONY**  TAK  NIE

Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) **UBEZPIECZONY**  TAK  NIE **UPRAWNIONY**  TAK  NIE

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ 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 2018 r. 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, 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 trybów 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 naczelnym i centralnym organów

państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących ekspozowanymi 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 ekspozowanymi stanowiskami politycznymi.

**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 ekspozowane stanowisko polityczne lub utrzymującą 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 ekspozowane 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 ekspozowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostające we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.