

# Wniosek o wypłatę świadczenia z indywidualnych ubezpieczeń na życie

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

Nr polisy \_\_\_\_\_

## DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imiona \_\_\_\_\_  
Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

## DANE WSPÓLUBEZPIECZONEGO/UPOSAŻONEGO W UBEZPIECZENIU ZAOPATRZENIA DZIECI

Nazwisko i imiona \_\_\_\_\_  
Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

## DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (uzupełnić, jeżeli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)

Nazwisko i imiona / nazwa \_\_\_\_\_

## DANE UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZENIA

Nazwisko i imiona \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_  
PESEL/REGON \_\_\_\_\_ Data urodzenia\* D,D - M,M - R,R,R,R Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania/siedziba \_\_\_\_\_  
Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

Nr tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Uprawniony do świadczenia jest:  Ubezpieczonym  Uposażonym  inne

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

## WNIOSKUJĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

- Śmierci Ubezpiezonego
- w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce zgonu \_\_\_\_\_
- w następstwie wypadku komunikacyjnego Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce wypadku \_\_\_\_\_
- Śmierci Ubezpieczającego Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce wypadku \_\_\_\_\_
- Śmierci Współubezpiezonego Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce zgonu \_\_\_\_\_
- Śmierci Uposażonego (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci) Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyna i miejsce zgonu \_\_\_\_\_
- Dożycie Ubezpiezonego końca Okresu ubezpieczenia
- Dożycie Uposażonego końca Okresu ubezpieczenia (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci)
- Powąznego zachorowania Ubezpiezonego Data rozpoznania D,D - M,M - R,R,R,R
- Powąznego zachorowania Uposażonego (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci) Data rozpoznania D,D - M,M - R,R,R,R
- Nowotworu złośliwego Data rozpoznania D,D - M,M - R,R,R,R
- Leczenia nowotworu złośliwego Data zastosowania leczenia D,D - M,M - R,R,R,R
- Pobytu w szpitalu z powodu: Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- nieszczęśliwego wypadku Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R
- choroby
- Trwałego uszczerbku na zdrowiu
- Operacji chirurgicznej z powodu: Data operacji D,D - M,M - R,R,R,R
- nieszczęśliwego wypadku Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R
- choroby
- Trwałego kalectwa Ubezpiezonego / inwalidztwa / trwałej utraty zdrowia / ciężkiej trwałej utraty zdrowia / trwałego uszczerbku na zdrowiu Uposażonego (dotyczy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci) w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- Trwałej utraty zdrowia Współubezpiezonego
- Choroby śmiertelnej Ubezpiezonego

## WNIOSKUJĘ O PRZEJĘCIE OPŁATY SKŁADEK Z POWODU

- Śmierci Ubezpiezonego/Ubezpieczającego Data zgonu D,D - M,M - R,R,R,R Przyczyną śmierci jest  nieszczęśliwy wypadek  choroba/y
- Trwałej / Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpiezonego Przyczyną niezdolności do pracy jest:  nieszczęśliwy wypadek  choroba/y
- Ochrony dziecka w przypadku śmierci lub inwalidztwa Ubezpieczającego  Inne \_\_\_\_\_

Jaka choroba/y jest przyczyną niezdolności do pracy? \_\_\_\_\_

Data wystąpienia zdarzenia/przyczyny niezdolności do pracy (zdiagnozowania choroby lub wystąpienia nieszczęśliwego wypadku) D,D - M,M - R,R,R,R

Data początku niezdolności do pracy D,D - M,M - R,R,R,R

## PODAĆ DOKŁADNE ADRESY PLACÓWEK, W KTÓRYCH LECZYŁ SIĘ LUB LECZY UBEZPIECZONY (adres lekarza rodzinnego lub przychodni specjalistycznej)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO DO ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Należy podać dokładne okoliczności tj. datę, miejsce wypadku i krótki opis zdarzenia, rodzaj uszkodzenia ciała oraz adres policji, pogotowia ratunkowego i prokuratury (jeśli była na miejscu zdarzenia)

### ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

#### W przypadku śmierci Ubezpieczonego / Ubezpieczającego / Uposażonego / Współubezpieczonego

- kopia dokumentu tożsamości tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia
- oryginał skróconego odpisu aktu zgonu
- poświadczona przez wystawcę dokumentu karta zgonu lub zaświadczenie o przyczynie zgonu (z czytelną pieczęcią placówki służby zdrowia)

oraz dodatkowo:

#### W przypadku śmierci Ubezpieczonego / Uposażonego / Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego

- kopia notatki służbowej z policji poświadczona za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginał protokołu BHP, jeśli wypadek miał miejsce w pracy
- kopia postanowienia prokuratorskiego

#### W każdym przypadku poniżej

- wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość (tj. dowodu osobistego lub np. paszportu) osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia)

oraz dodatkowo:

#### W przypadku pobytu w szpitalu / operacji ubezpieczonego

- kopia skierowania do szpitala
- oryginały kart informacyjnych ze szpitala
- inne (wymienić jakie) \_\_\_\_\_

#### W przypadku trwałego kalectwa / inwalidztwa / utraty zdrowia / lub trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- oryginał zaświadczenia o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej
- oryginały kart informacyjnych leczenia szpitalnego
- oryginał zaświadczenia o zakończeniu leczenia
- kopia notatki służbowej z policji poświadczona za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginał protokołu BHP, jeśli wypadek miał miejsce w pracy

#### W przypadku poważnego zachorowania / nowotworu złośliwego / leczenie nowotworu złośliwego Uposażonego / Ubezpieczonego

- oryginały kart informacyjnych leczenia szpitalnego
- oryginał wyniku badania histopatologicznego (w przypadku nowotworu)
- inne dokumenty medyczne potwierdzające zaistnienie poważnego zachorowania / nowotworu złośliwego / leczenie nowotworu złośliwego

#### W przypadku choroby śmiertelnej

- oryginały dokumentacji medycznej
- diagnozę i rokowania choroby śmiertelnej ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą

#### W przypadku trwałej / całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz utraty zdolności uposażonego do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku

- kopie zwolnień lekarskich poświadczone za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginały orzeczeń lekarskich (ZUS, KRUS inne organy) o niezdolności do pracy
- oryginały kart leczenia szpitalnego
- inne dokumenty medyczne potwierdzające istnienie całkowitej niezdolności do pracy

dodatkowo:

#### W przypadku trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

- oryginał zaświadczenia o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej
- kopia notatki służbowej z policji poświadczona za zgodność z oryginałem przez wystawcę dokumentu
- oryginał protokołu BHP, jeśli wypadek miał miejsce w pracy

Proszę o zwrot oryginałów załączonych dokumentów:  Tak  Nie

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

Data  D, D, - M, M, - R, R, R, R,

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis uprawnionego do świadczenia, składającego wniosek

### SPOSÓB REALIZACJI ŚWIADCZENIA

Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

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

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

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

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 w wynikającego z w/w Umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń

\_\_\_\_\_ podpis uprawnionego do świadczenia

## OŚWIADCZENIA

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

• Wyrażam zgodę na przysyłanie 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)  TAK  NIE  
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)  TAK  NIE

### 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,

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis uprawnionego do świadczenia

### \*\* 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:

- szeferów państw, szeferów 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 trybów 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, chargés 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.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi 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 eksponowanymi stanowiskami publicznymi.

**PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY 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 eksponowane 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 eksponowane stanowisko polityczne.

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

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