

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

Nr polisy _____

I. UPRAWNIONY UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/ _____ Obywatelstwo _____
Nazwa _____
PESEL/ _____ Data _____ Miejsce _____ Państwo _____
REGON _____ urodzenia* D,D - M,M - R,R,R,R urodzenia _____ urodzenia _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania/siedziby _____
Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

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

II. OŚWIADCZENIE UPRAWNIONEGO (UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO)

Ja, niżej podpisany/a informuję, iż zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia niniejszym:

rezygnuję z wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na życie

Wpłaty pierwszej składki w wysokości _____ zł dokonałem/am w dniu D,D - M,M - R,R,R,R

odstępuję od Umowy ubezpieczenia / wypowiadam umowę ubezpieczenia

Umowę ubezpieczenia potwierdziłem w/w polisą / informację o wartości wykupu otrzymałem/am w dniu D,D - M,M - R,R,R,R

Potwierdzam, że znane mi są zasady dotyczące odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wynikające z OWU, a w szczególności:

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o wartości wykupu,
- Umowa ubezpieczenia wskutek odstąpienia przez Ubezpieczającego ulega rozwiązaniu z dniem wpływu do siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
- Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzieliło ochrony ubezpieczeniowej,
- Zwrot składki / opłat następuje jedynie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

występuję z Umowy ubezpieczenia (dotyczy Umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym)

Informację o wartości wykupu otrzymałem/am w dniu D,D - M,M - R,R,R,R

Potwierdzam, że znane mi są zasady dotyczące wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, wynikające z OWU, a w szczególności:

- Ubezpieczony będący osobą inną niż Ubezpieczający ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o wartości wykupu,
- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

składam wniosek o wykup ubezpieczenia / wypłaty świadczenia inwestycyjnego

Potwierdzam, że znane mi są zasady dotyczące wykupu ubezpieczenia, wynikające z OWU, a w szczególności:

- Wykup może nastąpić wyłącznie na pisemny wniosek Ubezpieczonego / Ubezpieczającego,
- Wartość wykupu ubezpieczenia / świadczenia inwestycyjnego nie stanowi równowartości wpłaconych składek. Wykup ubezpieczenia / wypłaty świadczenia inwestycyjnego wiąże się ze stratami finansowymi dlatego też decyzja o wykupieniu umowy ubezpieczenia przed upływem umówionego okresu powinna być podejmowana tylko w bardzo szczególnych przypadkach z pełną świadomością negatywnych skutków,
- Każda suma będąca należnością Towarzystwa, a wynikająca z warunków umowy (zaległości w opłacaniu składek, pożyczki) zostanie potrącona od pełnej wartości wykupu Umowy ubezpieczenia.

Załączono dokumenty:

dowód osobisty paszport

Podstawą dokonania wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu niniejszego wniosku w oryginale wraz z kopią dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej.

Zgodnie z art. 8b ust. 5 ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu niemożność stwierdzenia tożsamości na podstawie dowodu osobistego lub paszportu uniemożliwia dokonanie wykupu polisy. W myśl art. 9a ust. 3 powołanej ustawy, weryfikacja tożsamości ubezpieczonego lub uprawnionego z tytułu polisy może nastąpić w chwili wypłaty lub przed jej dokonaniem albo w chwili gdy uposażony lub uprawniony zamierza wykonać prawa wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Mając świadomość skutków i konsekwencji mojej decyzji oświadczam, że nie będę kontynuować w/w Umowy ubezpieczenia.

Wyżej wymienione zasady oraz warunki akceptuję w całości, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego (zgodny ze wzorcem) _____ podpis Ubezpieczającego (zgodny ze wzorcem) _____

III. SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY (wypełnia uprawniony do świadczenia)

Należną mi kwotę wynikającą z rozwiązania w/w Umowy ubezpieczenia proszę przelać przelewem na rachunek bankowy:

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 środków na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Towarzystwa z tytułu wykupu ubezpieczenia / świadczenia wynikającego z w/w Umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

DEKLARACJA UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZENIA 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.

_____ podpis uprawnionego do świadczenia

IV. OŚWIADCZENIA

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

UBEZPIECZONY	UBEZPIECZAJĄCY
<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:

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

Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

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

Data . . - . . - . . .

_____ miejscowość

_____ podpis Ubezpieczonego

_____ podpis Ubezpieczającego

**** 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.