

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

NR POLISY _____

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK
 Nazwisko _____
 i imiona _____
 Data urodzenia* D, D, - M, M, - R, R, R, R, Miejsce urodzenia _____ Państwo urodzenia _____ Płeć K, M,
 urodzenia _____ urodzenia _____ PESEL _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

Osobą składającą wniosek jest:

 Uczestnik PPK małżonek zmarłego Uczestnika PPK Osoba uprawniona zgodnie z Ustawą o PPK inne

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

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Wnioskuje o wypłatę Świadczenia z tytułu:

 Śmierci Uczestnika PPK _____ Data zgonu D, D, - M, M, - R, R, R, R,
 Ciężkiego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku _____ Data Nieszczęśliwego wypadku powodującego Ciężkie inwalidztwo D, D, - M, M, - R, R, R, R,

SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY

Nr rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

Imię i nazwisko właściciela rachunku _____

ZAŁĄCZONO DOKUMENTY**W przypadku śmierci Uczestnika PPK**

-
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby składającej wniosek
-
-
- kopia skróconego odpisu aktu zgonu
-
-
- kopia karty zgonu (z czytelną pieczęcią placówki służby zdrowia)

W przypadku Ciężkiego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

-
- wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) Uczestnika PPK
-
-
- zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej
-
-
- karty informacyjne leczenia szpitalnego
-
-
- zaświadczenie o zakończeniu leczenia
-
-
- kopia notatki służbowej z policji
-
-
- protokół BHP, jeśli wypadek miał miejsce w pracy

UWAGA! W przypadku realizacji roszczeń o wypłatę Świadczenia powyżej kwoty 20 000 PLN warunkiem jest dostarczenie do Towarzystwa oryginałów dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia bądź ich kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że przekazanie kwoty Świadczenia na wskazany w niniejszym wniosku rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (Towarzystwo) z tytułu Świadczenia wynikającego z umowy potwierdzonej w/w Polisą i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

2. Oświadczam, iż przesłane przeze mnie skany / zdjęcia / kserokopie dokumentów wymaganych do rozpatrzenia niniejszego wniosku, są zgodne z oryginałami / uwiarygodnionymi kopiami dokumentów, które posiadam.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
 miejscowość _____ podpis osoby składającej wniosek _____**Zasady i tryb zgłaszania Reklamacji / skargi / zażalenia:**

1. Reklamacja / skarga / zażalenie może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie jest obsługa klienta.
2. Reklamację / skargę / zażalenie można złożyć w formie: pisemnej (pismo złożone osobiście albo przesłane listownie na adres: PKO BP Finat Sp. z o.o., ul. Chmielna 89, 00-805 Warszawa, z dopiskiem PPK Compensa); ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67); ustnej (osobiście w jednostce, o której mowa powyżej do protokołu podczas wizyty w tej jednostce lub Siedzibie Towarzystwa) lub elektronicznej (na adres e-mail CompensaPPK@finat.pl – wyłącznie w przypadku Uczestnika PPK oraz Osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną).
3. odpowiedzi na Reklamację / skargę / zażalenie Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji / skargi / zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających jej rozpatrzenia w tym terminie, Towarzystwo przekazuje osobie składającej Reklamację / skargę / zażalenie informację, w której:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji / skargi / zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji / skargi / zażalenia.
4. odpowiedź na Reklamację / skargę / zażalenie udzielana jest w formie pisemnej, chyba że z osobą, która złożyła Reklamację / skargę / zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi,
5. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym,
6. po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację / skargę / zażalenie rozpatrzone negatywnie, istnieje możliwość:
 - 1) odwołania się do Towarzystwa,
 - 2) złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
 KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS
 NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

 Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 867 66 67, +48 22 501 61 00

Wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) Uczestnika PPK

(załącznik do wniosków skutkujących wypłatą świadczenia z umowy ubezpieczenia)

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

Niniejszy druk wypełnia osoba przyjmująca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie okazanego oryginału dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez osobę przyjmującą wniosek o wypłatę świadczenia należy dołączyć do tego wniosku. Wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość stanowi część dokumentacji świadczeniowej.

WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UCZESTNIKA PPK

Imiona _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość _____ Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość _____

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość D, D, - M, M, - R, R, R, R,

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą; jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić realizacji mojego wniosku, do którego załącznikiem jest niniejszy wypis

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejsowość _____ podpis Uczestnika PPK _____

OŚWIADCZENIE

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

UCZESTNIK PPK
 TAK NIE

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejsowość _____ podpis Uczestnika PPK _____