

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

### WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

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

Nr polisy/certyfikatu: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

#### II. DANE UPRAWNIONEGO

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji:

Ulica: \_\_\_\_\_ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### III. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY

Ubezpieczonego  Małżonka/Konkubenta  Dziecka  Rodzica  Rodzica Małżonka

#### IV. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

<input type="checkbox"/> Zgon	<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu	<input type="checkbox"/> Złamanie	<input type="checkbox"/> Choroba śmiertelna
<input type="checkbox"/> Zgon powodujący osierocenie dziecka	<input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM	<input type="checkbox"/> Zwichnięcie	<input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____
<input type="checkbox"/> Narodziny dziecka	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne (świadczenie apteczne)	<input type="checkbox"/> Oparzenie	<input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____
<input type="checkbox"/> Narodziny martwego dziecka	<input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna	<input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo	<input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu	<input type="checkbox"/> Rehabilitacja	<input type="checkbox"/> Dożycie do końca okresu ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie	<input type="checkbox"/> Rekonwalescencja	<input type="checkbox"/> Wykup	<input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____

#### V. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Przyczyna zdarzenia:  nieszczęśliwy wypadek  wypadek przy pracy  zawał serca/udar mózgu

Data zdarzenia: DD - MM - RRRR (Np data: urodzenia/zgonu, przeprowadzenia operacji)

Okres pobytu w szpitalu od: DD - MM - RRRR do: DD - MM - RRRR

Okres rekonwalescencji szpitalnej od: DD - MM - RRRR do: DD - MM - RRRR

Miejsce, data, godzina wypadku: \_\_\_\_\_ DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_ :

Przyczyna i okoliczności wypadku/zgonu: \_\_\_\_\_

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

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

Adres placówki medycznej, w której leczy się/leczył Ubezpieczony (dotyczy nieszczęśliwego wypadku) \_\_\_\_\_

Czy zakończono leczenie i rehabilitację? (nie dotyczy roszczeń z tytułu zgonu)

TAK DD - MM - RRRR  
(data zakończenia)

NIE DD - MM - RRRR  
(data przewidywanego zakończenia)

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana Policja?  TAK  NIE

Jeżeli tak, proszę podać dokładny adres posterunku Policji i nr sprawy \_\_\_\_\_

Adres Prokuratury/Sądu i nr sprawy \_\_\_\_\_

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby/zdiagnozowania jednostki chorobowej DD - MM - RRRR

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

## **VI. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** (nie należy wypełniać, jeżeli zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

### **OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESŁANYCH DOKUMENTÓW Z POSIADANYM ORYGINAŁEM LUB UWIERZYTELNIIONYMI 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 przeze mnie roszczenia z tytułu \_\_\_\_\_

(określenie zdarzenia i daty, np. pobyt w szpitalu w dniach od 01 do 15 stycznia 2015 roku)

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

\* niepotrzebne skreślić.

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

## **VII. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA**

w całości  w części, tj. w kwocie: \_\_\_\_\_  
(w stosunku do pozostałej części należnego świadczenia należy wypełnić część VIII niniejszego formularza)

przelew na rachunek bankowy nr: \_\_\_\_\_

właściciel rachunku bankowego: Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

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

Oświadczam, iż wypłata świadczenia w ww. formie stanowi właściwe spełnienie zobowiązania Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w zakresie wypłaty świadczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis uprawnionego

