

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: Nazwisko i Imię: _____

przekaz pocztowy na adres: _____

VIII. Dyspozycja dotycząca pozostałej części świadczenia:

Część świadczenia w wysokości _____ proszę przelać na konto Umowy ubezpieczenia _____ nr polisy: _____
 tytułem składki ubezpieczeniowej / wpłaty na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy „POLISA-ŻYCIE” S.A. * (zgodnie z dotychczas obowiązującą dyspozycją / zgodnie z wnioskiem o zmianę alokacji składki,* złożonym przeze mnie w dniu _____)

Proszę o kontakt z przedstawicielem „POLISA-ŻYCIE” S.A. celem przedstawienia mi oferty produktowej „POLISA-ŻYCIE” S.A.

W przypadku złożenia przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia pozostała część należnego mu świadczenia przelana zostanie na poczet nowej umowy ubezpieczenia tytułem składki ubezpieczeniowej. Niezłożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia skutkować będzie wypłatą pozostałej części należnego świadczenia zgodnie z dyspozycją co do formy wypłaty (przelew, przekaz pocztowy), zawartą w części VII niniejszego formularza.

* niepotrzebne skreślić

IX. Dyspozycja dotycząca decyzji roszczeniowej:

Proszę o przesłanie decyzji w sprawie roszczenia na podany przeze mnie adres e-mail

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o obowiązku dostarczenia do „POLISA-ŻYCIE” S.A. wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.

** Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. od zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dokumentacji medycznej oraz informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

** Wyrażam zgodę na przetwarzanie, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy ubezpieczenia. Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mickiewicza 63. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. moich danych osobowych w celach marketingowych oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” S.A. do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002r. (Dz.U. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.). NIE

Jednocześnie upoważniam „POLISA-ŻYCIE” S.A. do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy kapitałowej Polsat oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE

** Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane w niniejszym formularzu informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałem/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

** oświadczenie odnosi się również do osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, jeżeli ta osoba żyje i nie jest jednocześnie Ubezpieczonym zgłaszającym roszczenie

_____ miejscowość, data

_____ pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie

_____ podpis osoby zgłaszającej roszczenie

_____ **podpis osoby, której dotyczy zdarzenie (wypełnić, gdy zdarzenie nie dotyczy Ubezpieczonego)

X. Informacja o umowie ubezpieczenia grupowego - wypełnia zakład pracy / pośrednik ubezpieczeniowy

dotyczy Ubezpieczonego: pracownika Ubezpieczającego _____ małżonka pracownika Ubezpieczającego _____

Początek odpowiedzialności dla grupy: | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Początek odpowiedzialności dla Ubezpieczonego: | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data zatrudnienia Ubezpieczonego (pracownika): | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym (pracownikiem) (jeśli w dniu zdarzenia Ubezpieczony nie był zatrudniony) | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Sposób rozwiązania stosunku pracy: _____

Data wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego: | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

_____ pieczęć firmowa zakładu pracy

_____ data, pieczęć i podpis kierownika zakładu pracy lub Głównego Księgowego / Pośrednika Ubezpieczeniowego