

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” TU S.A. Vienna Insurance Group
*(zgodnie z dotychczas obowiązującą dyspozycją / zgodnie z wnioskiem o zmianę alokacji składki, złożonym przeze mnie w dniu _____)

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

W przypadku złożenia przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia pozostała część należnego 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” TU S.A. Vienna Insurance Group wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.

** Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarzek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia Ubezpieczonego, 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 „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

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

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group 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:

** 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 i 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: - DD-MM-RRRR

Początek odpowiedzialności dla Ubezpieczonego: - DD-MM-RRRR

Data zatrudnienia Ubezpieczonego (pracownika): - DD-MM-RRRR

Data rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym (pracownikiem)
(jeśli w dniu zdarzenia Ubezpieczony nie był zatrudniony) - DD-MM-RRRR

Sposób rozwiązania stosunku pracy: _____

Data wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego: - DD-MM-RRRR

pieczęć firmowa zakładu pracy

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