



- Urodzenia się dziecka Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R
- Urodzenia się martwego noworodka Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R
- Urodzenia się dziecka: Data urodzenia D,D - M,M - R,R,R,R
- w wyniku ciąży mnogiej
- z wadą wrodzoną
- z niską punktacją w skali APGAR
- Pobytu w szpitalu w następstwie: dotyczy:  Ubezpieczonego  Małżonka  Dziecka
- choroby Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- nieszczęśliwego wypadku Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- nieszczęśliwego wypadku przy pracy Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- zawału serca, udaru mózgu Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- wypadku komunikacyjnego Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- na oddziale OIOM Okres pobytu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- Świadczenie apteczne Okres pobytu w szpitalu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- Rekonwalescencja Okres pobytu na zwolnieniu od D,D - M,M - R,R,R,R do D,D - M,M - R,R,R,R
- Operacji chirurgicznej Data operacji D,D - M,M - R,R,R,R
- Operacji kręgosłupa będącej następstwem urazu kręgosłupa w wyniku wypadku przy pracy Data operacji D,D - M,M - R,R,R,R
- Poważnego zachorowania dotyczy:  Ubezpieczonego  Małżonka  Dziecka
- Data wystąpienia poważnego zachorowania D,D - M,M - R,R,R,R
- Leczenie specjalistyczne
- Choroby śmiertelnej Data wystąpienia choroby D,D - M,M - R,R,R,R
- Choroby spowodowanej zakażeniem w pracy Data wystąpienia choroby D,D - M,M - R,R,R,R
- Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie: Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy D,D - M,M - R,R,R,R
- choroby
- nieszczęśliwego wypadku
- Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R
- Trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy:  Ubezpieczonego  Dziecka
- Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R
- Czasowa niezdolność do pracy w następstwie: Data zdiagnozowania choroby lub data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R
- choroby
- nieszczęśliwego wypadku
- Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R
- Złamań kości kończyn górnych lub kości kończyn dolnych w następstwie wypadku przy pracy Data wypadku D,D - M,M - R,R,R,R
- Zatrucia w następstwie wypadku przy pracy Data zatrucia D,D - M,M - R,R,R,R

**INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM (UWAGA!: zawsze należy wypełnić w przypadku roszczenia z tytułu śmierci, śmierci nw, innych następstw nw lub choroby) – WYPEŁNIA UPRAWNIONY**

Wszystkie dodatkowe informacje i dane mogą zostać uzupełnione pisemnym oświadczeniem uprawnionego do niniejszego wniosku.

Miejsce, data i godzina wypadku / śmierci \_\_\_\_\_

Przyczyna i okoliczności  
wypadku / śmierci \_\_\_\_\_

Data wystąpienia pierwszych objawów chorobowych  D, D, - M, M, - R, R, R, R,

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

Adres placówki medycznej, w której  
leczy / leczyl się Ubezpieczony \_\_\_\_\_

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana Policja?  
Jeżeli TAK, proszę podać dokładny adres posterunku Policji i nr sprawy \_\_\_\_\_

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

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

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

Czy zakończono leczenie i rehabilitację?  TAK, data zakończenia  D, D, - M, M, - R, R, R, R,   NIE, data przewidywanego zakończenia  D, D, - M, M, - R, R, R, R,   
(nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci)

**ZAŁĄCZONO DOKUMENTY (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)**

- skrócony odpis aktu zgonu
- karta statystyczna z przyczyną zgonu / zaświadczenie lekarskie
- skrócony odpis aktu urodzenia
- raport policyjny (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)
- protokół BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)
- wynik badania histopatologicznego
- wypis z dowodu osobistego (druk GWDO) / kopia dowodu osobistego
- karta leczenia szpitalnego
- dokumentacja medyczna (z udzielenia pierwszej pomocy, z przychodni, z poradni specjalistycznej, ze szpitala)
- aktualny akt małżeństwa (nie starszy niż 3 miesiące od daty wystawienia)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

O decyzji dotyczącej realizacji zgłoszenia Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie w terminie zgodnym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, licznym od momentu otrzymania pełnej dokumentacji niezbędnej do zrealizowania świadczenia.

**OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESYŁANYCH 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 przez mnie roszczenia z tytułu \_\_\_\_\_

(określenie zdarzenia i daty, np. pobyt w szpitalu w dniach 01.01.2018 – 05.01.2018)

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

Data  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY**

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania właściciela rachunku \_\_\_\_\_

przelew na rachunek nr \_\_\_\_\_

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

**DEKLARACJA UPRAWNIONEGO 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.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R,

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ czytelny podpis uprawnionego

**OŚWIADCZENIA**

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

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UPRAWNIONY**  
 TAK  NIE

• Wyrażam zgodę na przesyłanie mi powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z obsługą świadczenia ubezpieczeniowego wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UPRAWNIONY**  
 TAK  NIE

Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UPRAWNIONY**  
 TAK  NIE

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R,

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego

\_\_\_\_\_ podpis uprawnionego

**\*\* 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 trybów 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 BLISKI 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 pozostające w 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](mailto: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](mailto: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.