

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO "Stabilne Zyski"

seria i nr certyfikatu: **Dane Ubezpieczonego:**

Imię: <input type="text"/>	Nazwisko: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>
Data urodzenia: <input type="text"/>	Miejsce urodzenia: <input type="text"/>	

Okoliczności zgonu:

Data: <input type="text"/>	Miejsce zgonu: <input type="text"/>
Przyczyna zgonu: <input type="text"/>	
Nazwa i adres przychodni lub lekarza rodzinnego Ubezpieczonego <input type="text"/>	

Dane wnioskodawcy (Uprawnionego lub członka rodziny):

Imię i nazwisko: <input type="text"/>	Adres i nr telefonu: <input type="text"/>
Rola: (Uprawniony/członek rodziny Ubezpieczonego, powiązanie z Ubezpieczonym) <input type="text"/>	
Numer rachunku bankowego: <input type="text"/>	
Uwagi: <input type="text"/>	

Załączone dokumenty:

<input type="checkbox"/>	Akt zgonu nr : <input type="text"/>	Miejsce wystawienia aktu zgonu: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Karta zgonu	
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu	
<input type="checkbox"/>	Kserokopia dowodu tożsamości Uprawnionego	
<input type="checkbox"/>	Inne: <input type="text"/>	

Ja niżej podpisany(-na) zgłaszam roszczenie wypłaty z tytułu ubezpieczenia na życie i dożycie „Stabilne Zyski”.

..... data podpis osoby zgłaszającej
Niniejszym wyrażam zgodę, zgodnie z art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych w sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia i jego realizacji na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia „Stabilne Zyski”.	
Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-na) o tym, że:	
1) administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu,	
2) moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z rozpatrzeniem roszczenia i jego realizacją na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia „Stabilne Zyski”,	
3) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,	
4) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do rozpatrzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA roszczenia na warunkach określonych w warunkach Ubezpieczenia „Stabilne Zyski”.	
..... data podpis osoby zgłaszającej

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000092396, o numerze REGON 932716961 i numerze NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 147 200 000 zł

Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:

Stwierdza się zgodność danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdza własnoręczność złożonego podpisu.

.....
miejsowość i data

.....
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela
Ubezpieczającego