

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO "Zyskowy Kwartet"

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"/>
<b>Rola: (Uprawniony/członek rodziny Ubezpieczonego, powiązanie z Ubezpieczonym)</b> <input type="text"/>	
<b>Numer rachunku bankowego:</b> <input type="text"/>	
<b>Uwagi:</b> <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 „Zyskowy Kwartet”.

..... 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 „Zyskowy Kwartet”.	
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 „Zyskowy Kwartet”,	
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 „Zyskowy Kwartet”.	
..... 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