

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO „DAMA PIK PLUS”

seria i nr certyfikatu:			
<b>Dane Ubezpieczonego:</b>			
Imię:		Nazwisko:	PESEL:
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Data urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<b>Okoliczności zgonu Ubezpieczonego:</b>			
Data:		Miejsce zgonu:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Przyczyna zgonu:			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nazwa i adres przychodni lub lekarza rodzinnego Ubezpieczonego			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			

### Dane wnioskodawcy (Uprawnionego lub członka rodziny) - jeśli wnioskodawca jest osobą fizyczną

Imię		Nazwisko	
seria i nr dowodu osobistego / paszportu		PESEL (Nie dotyczy - w przypadku Obcokrajowców)	
data urodzenia		Obywatelstwo	
Status dewizowy	<input type="checkbox"/> rezydent <input type="checkbox"/> nierezydent (w przypadku gdy wnioskodawca jest nierezydentem konieczne jest podpisanie Oświadczenia znajdującego się poniżej)		
Prowadzona działalność gospodarcza lub pełnienie funkcji zarządczych/ nadzorczych w następujących branżach:	<input type="checkbox"/> przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 1 000 zł <input type="checkbox"/> sektor paliwowy <input type="checkbox"/> sektor tytoniowy <input type="checkbox"/> sektor złomowy <input type="checkbox"/> handel bronią <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy – nie prowadzę działalności gospodarczej ani nie zasiadam w organach zarządczych/nadzorczych spółek		
adres zameldowania - ulica i nr			
adres zameldowania – miejscowość		adres zameldowania – kod pocztowy	
adres zameldowania - państwo			
adres korespondencyjny - ulica i nr			
adres korespondencyjny- miejscowość		adres korespondencyjny- kod pocztowy	
adres korespondencyjny - państwo			
nr telefonu		adres e-mail	
Numer rachunku bankowego wskazany przez wnioskodawcę:			
Imię i Nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez wnioskodawcę			
Adres właściciela rachunku bankowego wskazanego przez wnioskodawcę			

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

**Dane wnioskodawcy (uprawnionego) – jeśli wnioskodawca jest instytucją:**

Nazwa			
NIP		REGON	
Prowadzona działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 1 000 zł <input type="checkbox"/> sektor paliwowy <input type="checkbox"/> sektor tytoniowy <input type="checkbox"/> sektor złomowy <input type="checkbox"/> handel bronią <input type="checkbox"/> inna		
adres siedziby - ulica i nr			
adres siedziby – miejscowość		adres siedziby – kod pocztowy	
adres siedziby - państwo			
adres korespondencyjny – ulica i nr			
adres korespondencyjny- miejscowość		adres korespondencyjny- kod pocztowy	
adres korespondencyjny - państwo			
<b>Dane reprezentanta instytucji (1)</b>			
Imię		Nazwisko:	
PESEL (obywatelstwo dla Obcokrajowców)		data urodzenia:	
<b>Dane reprezentanta instytucji (2) – o ile występuje</b>			
Imię		Nazwisko:	
PESEL (obywatelstwo dla Obcokrajowców)		data urodzenia:	
nr telefonu		adres e-mail	
Numer rachunku bankowego wskazany przez wnioskodawcę:			
Imię i Nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez wnioskodawcę:			
Adres właściciela rachunku bankowego wskazanego przez wnioskodawcę			

**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 „DAMA PIK PLUS”.

.....  
data

.....  
podpis osoby zgłaszającej

Niniejszym wyrażam zgodę, na podstawie art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych w każdy sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia i jego realizacji na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia „DAMA PIK PLUS”.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany 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 „DAMA PIK PLUS”,
- 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 „DAMA PIK PLUS”.

.....  
data

.....  
podpis osoby zgłaszającej

#### **Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:**

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

.....  
miejscowość i data

.....  
Nr Oddziału  
Ubezpieczającego

.....  
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela  
Ubezpieczającego

### **OŚWIADCZENIE**

Mając świadomość, że oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, niniejszym Oświadczam, że: jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy z dnia 16 listopada 2000r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 10.46.276).

TAK  NIE

Zgodnie z ww. Ustawą przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych powyżej,
- b) małżonków osób, o których mowa w lit. a) lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a), małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- c) osoby fizyczne, które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a), w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób,

mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

data złożenia oświadczenia:

.....  
podpis wnioskodawcy  
składającego oświadczenie

#### **Wypełnia Przedstawiciel**

##### **Ubezpieczającego:**

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

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela  
Ubezpieczającego

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