Vienna Life
VIENNA INSURANCE GROUP

Nr Polisy

# Formularz - zgłoszenie ciężkiej choroby

## 1. Dane dotyczące osoby ubezpieczonej na wypadek ciężkiej choroby

Nazwisko

Imię

PESEL

Seria i Nr dowodu tożsamości

R R R R M M D D
Data wystąpienia choroby

Rozpoznanie choroby

Adres szpitala i nazwisko lekarza prowadzącego

Nazwisko i adres lekarza leczącego ambulatoryjnie (z kasy chorych, z poradni specjalistycznej, prywatnie, z pogotowia itp.)

## 2. Dane osoby zgłaszającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego

Nazwisko

Imię

Telefon

**Adres do korespondencji**

Kraj

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

## 3. Załączniki

☐ Polisa (lub oświadczenie o zagubieniu lub wskazaniu innej przyczyny niemożności doręczenia Polisy do Ubezpieczyciela)

☐ Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala

☐ Inne dokumenty (prosimy wymienić jakie)

## 4. Klauzula informacyjna

Informujemy, że Administratorem danych osobowych jest Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (Vienna Life). Dane będą przetwarzane przez Administratora zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, celach archiwalnych oraz w celach informacyjnych, marketingowych, promocyjnych produktów Vienna Life, w tym składania ofert.
Dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, jak również mogą być przekazywane reasekuratorom wykonującym działalność na rzecz Vienna Life, w tym za granicę, do krajów dających gwarancję ochrony danych osobowych, w zakresie odpowiadającym przepisom obowiązującym na terenie RP.
Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych.

R R R R M M D D
Data

Miejscowość

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie
(zgodny z podpisem znajdującym się
w dokumencie tożsamości)