Vienna Life
VIENNA INSURANCE GROUP

Nr Polisy

Formularz - zgłoszenie zgonu

Zgłoszenie zgonu dotyczy: ☐ Ubezpieczonego ☐ Ubezpieczonego Dziecka

1. Dane dotyczące osoby zmarłej

Nazwisko | Imię

PESEL | Data urodzenia (R R R R M M D D) | Data zgonu (R R R R M M D D)

Miejsce zgonu: ☐ w szpitalu — Adres szpitala i nazwisko lekarza prowadzącego

☐ w domu ☐ na ulicy ☐ inne (jakie)

Przyczyna zgonu

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

Wypełnić w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Okoliczności wypadku

Nazwa i adres prokuratury prowadzącej dochodzenie

2. Dane osoby zgłaszającej zgon

Nazwisko | Imię

Telefon

Adres zdo 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)
- ☐ Odpis skrócony aktu zgonu
- ☐ Kserokopia karty zgonu
- ☐ 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.

Data (R R R R M M D D) | Miejscowość | Podpis osoby zgłaszającej roszczenie (zgodny z podpisem znajdującym się w dokumencie tożsamości)