

Formularz - zgłoszenie zgonu

Zgłoszenie zgonu dotyczy: Ubezpieczonego Ubezpieczonego Dziecka

1. Dane dotyczące osoby zmarłej

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia Data zgonu

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 _____ Miejscowość _____

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