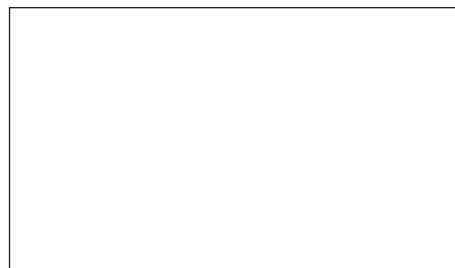




BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.  
Dział Obsługi Świadczeń  
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa  
telefon: 801 888 188, 22 557 44 71; fax: +48 22 557 44 46  
e-mail: obsluga.klienta@bzwbkaviva.pl



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO  
LUB ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU  
LUB ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**

**I. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO**

Nazwisko: _____					
Imię/Imiona: _____				Pesel: _____	
Adres zamieszkania:					
Miejscowość:	Kod pocztowy: _ _ - _ _ _	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Nr telefonu: _____
					Adres e-mail: _____

**II. DANE OSOBOWE ZGŁASZAJĄCEGO (UPRAWNIONEGO)**

Nazwisko: _____					
Imię/Imiona: _____				Pesel: _____	
Adres zamieszkania:					
Miejscowość:	Kod pocztowy: _ _ - _ _ _	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Nr telefonu: _____
					Adres e-mail: _____

**III. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA**

<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW FIRMOWYCH UDZIELANYCH PRZEZ BANK ZACHODNI WBK S.A. „BIZNES GWARANT”
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BIZNES GWARANT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A.
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „HIPOTEKA +”
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNA HIPOTEKA
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „OPIEKUN RODZINY”
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE PROGRAM INWESTYCYJNY IN PLUS
<input type="checkbox"/>	POLISA INWESTYCYJNA
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNY LIMIT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE ONKOPOLISA

Numer deklaracji/certyfikatu/polisy/umowy kredytowej:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#### IV. DANE O ZDARZENIU

Przyczyny zdarzenia:

- CHOROBA                       WYPADEK KOMUNIKACYJNY                       SAMOBÓJSTWO
- INNE PRZYCZYNY (proszę wskazać jakie): \_\_\_\_\_

Data zajścia nieszczęśliwego wypadku/wypadku komunikacyjnego:

(jeżeli zgłoszenie dotyczy śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego):

\_\_\_\_\_

Data zgonu:

\_\_\_\_\_

Opis okoliczności i szczegółowy przebieg zdarzenia:

1. Czy w związku z wystąpieniem zdarzenia było lub jest prowadzone postępowanie przez prokuraturę lub policję? TAK  NIE   
Jeśli tak, prosimy podać adres prokuratury lub policji prowadzącej postępowanie bądź dołączenie kopii protokołów z postępowania przygotowawczego: \_\_\_\_\_
2. Czy w związku z wystąpieniem zdarzenia sporządzony został protokół BHP? TAK  NIE   
Jeśli tak, prosimy o dołączenie kopii protokołu BHP.

#### V. DANE O DOTYCHCZASOWYM LECZENIU UBEZPIECZONEGO

rodzaj placówki, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza prowadzącego leczenie, powód leczenia:

_____
_____
_____

#### VI. DANE PLACÓWKI MEDYCZNEJ, W KTÓREJ LEKARZ STWIERDZIŁ ZGON UBEZPIECZONEGO

rodzaj placówki, adres, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza stwierdzającego zgon:

_____
_____
_____

## VII. POLECENIE WYPŁATY

Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty:

Przelewem na konto, numer:

Dane posiadacza konta, jeżeli posiadacz wskazanego konta nie jest uprawnionym (imię, nazwisko/nazwa oraz adres):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Przekazem Pocztowym na adres:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie (uprawnionego)  
z podaniem imienia i nazwiska:

Data i miejsce złożenia podpisu przez osobę zgłaszającą  
roszczenie (uprawnionego):

- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe.
- Wyrażam zgodę, aby BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu, przetwarzało moje dane osobowe wskazane w niniejszym formularzu w celu przeprowadzenia procesu roszczeniowego.
- Wyrażam zgodę na przekazanie przez Ubezpieczyciela do Banku Zachodniego WBK S.A. z siedzibą we Wrocławiu moich danych zawartych w niniejszym formularzu w pkt II, w celu i w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia wskazanego powyżej oraz wysokości tego świadczenia.\*
- Oświadczam, że nie jestem/jestem\*\* osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne mającą miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\* dotyczy: UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A.; UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT; UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „HIPOTEKA +” oraz UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA HIPOTEKA.

\*\* niewłaściwe skreślić

Ubezpieczyciel informuje, że:

- Podane przez Panią/Pana w niniejszym formularzu dane będą przetwarzane przez BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu i wykorzystywane w celu i w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia wskazanego powyżej, wysokości tego świadczenia oraz w celu marketingu bezpośredniego produktów Ubezpieczyciela;
- Przysługuje Pani/Panu w każdym czasie prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych;
- Przysługuje Pani/Panu w każdym czasie prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania oraz wniesienie żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych; podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże dane te są niezbędne do realizacji roszczenia;
- Przysługuje Pani/Panu prawo do zgłoszenia zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (Reklamacja). Reklamacje są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela;
- Reklamacje mogą być składane:
  - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, agentów Ubezpieczyciela, w tym w Banku Zachodnim WBK S.A., albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, na adres Ubezpieczyciela,
  - ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela, agentów Ubezpieczyciela, w tym w Banku Zachodnim WBK S.A.,
  - w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: [obsługa.klienta@bzbwbkaviva.pl](mailto:obsługa.klienta@bzbwbkaviva.pl)
- Reklamacje są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Ubezpieczyciel w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej Reklamację określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji;
- O sposobie rozpatrzenia Reklamacji zawiadamia się osobę, która ją zgłosiła, w terminie, o którym mowa powyżej, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną na wniosek zgłaszającego Reklamację.

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie (uprawnionego)  
z podaniem imienia i nazwiska:

Data i miejsce złożenia podpisu przez osobę zgłaszającą  
roszczenie (uprawnionego):