

4Life Direct Sp. z o.o.
Dział Odszkodowań
ul. Chmielna 132/134
00-805 Warszawa

OŚWIADCZENIE DO POLISY NR _____

SPRAWA NR _____

Ja niżej podpisany(a) _____
(imię/ imiona i nazwisko)

zamieszkały(a) _____ nr tel. _____
(ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

legitymujący(a) się dowodem osobistym nr _____ PESEL _____
(seria i numer dowodu osobistego)

Oświadczam, że w stosunku do _____
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

data urodzenia: _____ data zgonu: _____

jestem mężem/ żoną/ synem/ córką/ wnukiem/ rodzicem/ innym krewnym _____
(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

Ponadto oświadczam, że na dzień zgonu Pan/i _____ posiadał(a)*:
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

małżonek: _____ ;

dzieci (jeśli brak współmałżonka): – liczba dzieci _____ ;

wnuki (jeśli brak współmałżonka i dzieci): – liczba wnuków _____ ;

rodzice (jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków): _____ ;

rodzeństwo (jeśli brak osób wymienionych powyżej): _____ ;

inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego (jeśli brak osób wymienionych powyżej): _____

* Proszę zaznaczyć pole i podać dane tylko tych członków rodziny (imię i nazwisko, numer telefonu), których dotyczy oświadczenie zgodnie ze wskazaną kolejnością. W przypadku braku miejsca prosimy uzupełnić dane na dodatkowej karcie, potwierdzając datą i podpisem.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są prawdziwe i wyczerpujące. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej będą przetwarzane przez 4Life Direct Sp. z o.o. działającą w imieniu Quantum Leben AG, w zakresie realizacji procedury wypłaty świadczenia. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz mam prawo do wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Miejscowość	Data wypełnienia wniosku	Podpis

PODPISZ TUTAJ