

nazwa			
NIP		REGON	
prowadzona działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 1 000 zł <input type="checkbox"/> sektor paliwowy <input type="checkbox"/> sektor tytoniowy <input type="checkbox"/> sektor złomowy <input type="checkbox"/> handel bronią <input type="checkbox"/> inna		
adres siedziby - ulica i nr			
adres siedziby – miejscowość		adres siedziby – kod pocztowy	
adres siedziby - państwo			
adres korespondencyjny – ulica i nr			
adres korespondencyjny- miejscowość		adres korespondencyjny- kod pocztowy	
adres korespondencyjny - państwo			
Dane reprezentanta podmiotu gospodarczego (1)			
imię		nazwisko:	
PESEL (obywatelstwo dla Obcokrajowców)		data urodzenia:	
Dane reprezentanta podmiotu gospodarczego (2) – o ile występuje			
imię		nazwisko:	
PESEL (obywatelstwo dla Obcokrajowców)		data urodzenia:	
nr telefonu		adres e-mail	
numer rachunku bankowego wskazany przez zgłaszającego roszczenie:			
imię i nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez zgłaszającego roszczenie:			
adres właściciela rachunku bankowego wskazanego przez zgłaszającego roszczenie			

Załączone dokumenty:

<input type="checkbox"/>	Odpis aktu zgonu nr* : <input type="text"/>	Miejsce wystawienia aktu zgonu: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Karta zgonu*	
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu*	
<input type="checkbox"/>	Kserokopia dowodu tożsamości Uprawnionego	
<input type="checkbox"/>	Dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu*	
<input type="checkbox"/>	Inne: <input type="text"/>	

* Jeżeli Uprawniony jest osobą, która nie posiada danego dokumentu i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie może go uzyskać, należy wskazać, którego dokumentu to dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Odpisu aktu zgonu
<input type="checkbox"/>	Karty zgonu
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu
<input type="checkbox"/>	Dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu**

**Jeżeli Uprawniony jest osobą, która takiego dokumentu nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie może go uzyskać, w takiej sytuacji jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o wiadomych sobie okolicznościach zgonu
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem:
ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 000092396, REGON 932716961, NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 307 200 000 zł

Ubezpieczonego:

--

Ja niżej podpisany(-na) zgłaszam roszczenie wypłaty z tytułu ubezpieczenia „_____”
(nazwa produktu)

.....
data

.....
podpis osoby zgłaszającej

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym, że:

- 1) administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu,
- 2) odbiorcą danych, znanym administratorowi danych na dzień udzielenia informacji, jest Ubezpieczający,
- 3) moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z rozpatrzeniem roszczenia i jego realizacją na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia,
- 4) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
- 5) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do rozpatrzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. roszczenia na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

.....
data

.....
podpis osoby zgłaszającej

Potwierdzenie notarialne:

Stwierdza się zgodność danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdza własnoręczność złożonego podpisu.

.....
miejsce i data

.....
podpis i stempel osoby upoważnionej do
potwierdzenia powyższych danych

OŚWIADCZENIE

Mając świadomość, że oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, niniejszym oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy z dnia 16 listopada 2000r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (tj. Dz. U. z 2010r. Nr 46, poz. 276 z późn. zm).

TAK NIE

Zgodnie z ww. Ustawą przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się osoby fizyczne:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
- b) małżonków osób, o których mowa w lit. a) lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a), małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- c) które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a), w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób

- mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

data złożenia oświadczenia:

--

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Gwiazdzysta 62, 53-413 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000092396, REGON 932716961, NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 307 200 000 zł

.....
podpis składającego oświadczenie

Potwierdzenie notarialne:

Potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu.

.....
miejsce i data

.....
podpis i stempel osoby upoważnionej do
potwierdzenia powyższych danych