

JAK POPRAWNIE WYPEŁNIĆ OŚWIADCZENIE DLA CZŁONKÓW RODZINY

STRONA 1



OŚWIADCZENIE DLA CZŁONKÓW RODZINY

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

OŚWIADCZENIE DO POLISY NR C S 1 2 3 4 5 6 7 8 9

SPRAWA NR C M 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Wskaż numer polisy,
z której wnioskujesz
o wypłatę świadczenia
oraz numer sprawy,
pod którym zostało
zarejestrowane zgłoszenie.

Ja niżej podpisany(a) MARIA KOWALSKA
(imię/ imiona i nazwisko)

zamieszkały(a) UL. CHMIELNA 132/134, 00-805 WARSZAWA nr tel. 22 354 00 99
(ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

legitymujący(a) się dowodem osobistym nr ABC123456 PESEL 85010100000
(seria i numer dowodu osobistego)

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

data urodzenia: 0 1 - 0 1 - 1 9 8 5 data zgonu: 0 1 - 0 5 - 2 0 2 4

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

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

małżonek: BRAK ;

dzieci (jeśli brak współmałżonka): – liczba dzieci 0 ;

wnuki (jeśli brak współmałżonka i dzieci): – liczba wnuków 0 ;

rodzice (jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków): 2 MARIA KOWALSKA, TEL. 500 000 000 ;

PIOTR KOWALSKI, TEL. 600 000 000 ;

rodzeństwo (jeśli brak osób wymienionych powyżej): 0 ;

inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego (jeśli brak osób wymienionych powyżej): 0 ;

* 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. Przymiuję 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.

WARSZAWA	23-05-2024	Maria Kowalska
Miejscowość	Data wypełnienia wniosku	Podpis

Pamiętaj o złożeniu
odrębnego podpisu.
Akceptowalny jest również
kwalifikowany podpis
elektroczynny.