

JAK POPRAWNIE WYPEŁNIĆ OŚWIADCZENIE DLA CZŁONKÓW RODZINY

STRONA 1



OŚWIADCZENIE DLA CZŁONKÓW RODZINY

4Life Direct Sp. z o.o.
Dział Odszkodowań
ul. Senatorska 18
00-082 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

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. SENATORSKA 18, 00-082 WARSZAWA nr tel. 22 354 00 99

(ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

legitymujący(a) się dowodem osobistym nr ABC123456 PESEL 65010100000

(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 5

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 dane: ;

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

☒ rodzice* (jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków): 1 dane: MARIA KOWALSKA, TEL. 600 000 000 ;

☐ rodzeństwo* (jeśli brak osób wymienionych powyżej): 0 dane: ;

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

* 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.

WARSZAWA

Miejscowość

0 5 - 0 5 - 2 0 2 5

Data wypełnienia wniosku

Maria Kowalska

Podpis

Pamiętaj o złożeniu
odręcznego podpisu.
Akceptowalny jest również
kwalifikowany podpis
elektroczyny.