

Wypis z dowodu osobistego

(załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia)

Niniejszy druk wypełnia dokonujący wstępnych czynności likwidacyjnych na podstawie okazanych oryginałów dowodów osobistych.

Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez prowadzącego wstępne czynności likwidacyjne, należy dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia (druk SGR-1).

Wypis z dowodu osobistego stanowi część dokumentacji świadczeniowej.

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

WYPIS Z DOWODU OSOBISTEGO UBEZPIECZONEGO-UPRAWNIONEGO (wypełnić jeśli osobą uprawnioną jest osoba ubezpieczona)

Imiona _____

Nazwisko _____

Nr i seria dowodu _____ PESEL _____

Aktualny adres zameldowania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

Ostatni wpis o dacie początku zatrudnienia w zakładzie pracy _____ Ostatni wpis o dacie zwolnienia z zakładu pracy _____

Dodatkowo w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu: Urodzenia dziecka Martwo urodzonego noworodka

Nazwisko rodowe osoby ubezpieczonej _____

Śmierci ojca lub matki

Nazwisko rodowe ubezpieczonego _____

Imię ojca ubezpieczonego _____ Imię matki ubezpieczonego _____

data _____

miejsowość _____

podpis ubezpieczonego-uprawnionego

Śmierci teścia lub teściowej

WYPIS Z DOWODU OSOBISTEGO WSPÓLUBEZPIECZONEGO MAŁŻONKA / PARTNERA

Nazwisko rodowe małżonka / partnera ubezpieczonego _____

Imię ojca małżonka / partnera ubezpieczonego _____ Imię matki małżonka / partnera ubezpieczonego _____

Jednocześnie oświadczam, iż do dnia dzisiejszego pozostaję w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa z _____

data _____

miejsowość _____

podpis współubezpieczonego małżonka / partnera

WYPIS Z DOWODU OSOBISTEGO UPRAWNIONEGO (wypełnić jeśli osobą uprawnioną jest inna osoba niż ubezpieczona)

Imiona _____

Nazwisko _____

Nr i seria dowodu _____ PESEL _____

Aktualny adres zameldowania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

data _____

miejsowość _____

podpis uprawnionego

OŚWIADCZENIE PROWADZĄCEGO WSTĘPNE CZYNNOSCI LIKWIDACYJNE

Oświadczam, że podane powyżej informacje zgodne są z danymi zawartymi w okazanym mi oryginale dowodu osobistego.

data _____

miejsowość _____

czytelny podpis prowadzącego wstępne czynności likwidacyjne

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
 NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 195.207.800,00 zł - opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 0 801 120 000