

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

Grupowe Ubezpieczenie na Życie MULTIOCHRONA

Nr polisy

Nr zdarzenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/UPRAWNIONY

DANE UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Seria i numer dowodu

PESEL

Adres korespondencyjny:

tel.: tel. kom.:

ZŁOŻONE ROSZCZENIE DOTYCZY (prosimy postawić znak „X”)

<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Trwale kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy w NW
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego w NW	<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału lub udaru
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym i powietrznym	<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie małżonka Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Śmierć małżonka Ubezpieczonego w NW	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - pobyt w szpitalu
<input type="checkbox"/> Śmierć rodzica Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - operacja chirurgiczna
<input type="checkbox"/> Śmierć teścia Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - OIOM
<input type="checkbox"/> Śmierć dziecka Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - Sanatorium
<input type="checkbox"/> Śmierć dziecka Ubezpieczonego w NW	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - Rekonwalescencja
<input type="checkbox"/> Urodzenie dziecka	<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Urodzenie martwego dziecka	<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu w NW	<input type="checkbox"/> Inne -

DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE

Imię (imiona) nazwisko

Data urodzenia

INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia

Miejscowość

Prosimy podać przyczynę zgonu (dotyczy roszczeń z tyt. śmierci)

Prosimy podać okoliczności i przebieg zdarzenia

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?* (termin leczenia oznacza bezpośredni okres leczenia urazu oraz zakończenia rehabilitacji)

nie, przewidywany termin zakończenia leczenia (rok, miesiąc):

tak, data zakończenia leczenia (rok, miesiąc, dzień):

Konsultacje i badania lekarskie związane ze zdarzeniem: (dotyczy roszczenia z trwałego uszczerbku, poważnego zachorowania, leczenia szpitalnego, trwałego inwalidztwa)

Prosimy podać dane lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku ze zdarzeniem oraz dane lekarza, u którego zwykle się Pan/Pani leczy, jast Pana/Pani lekarzem pierwszego kontaktu

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

Adres komendy policji lub prokuratury prowadzącej ewentualne dochodzenie (dotyczy zdarzeń zaistniałych w wyniku NW)

DYSPOZYCJA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

przelew na rachunek bankowy

właściciel rachunku: nazwa, oddział banku:

nr rachunku:

przekaz pocztowy na wskazany adres

ulica: kod: miasto:

odbiór osobisty w placówce banku Pekao S.A.

ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

1. Kopia dowodu osobistego Ubezpiezonego/Uprawnionego	4.
2.	5.
3.	6.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie
Jestem świadom odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia.
Jestem świadom, że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych do rozpatrzenia roszczenia, SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.
Jednocześnie upoważniam SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. do wglądu we wszelką dokumentację związaną z niniejszym zdarzeniem, będącą w szczególności w posiadaniu placówek medycznych, organów Administracji Państwowej, wymiaru sprawiedliwości i innych towarzystw ubezpieczeniowych oraz dokonywania z nich niezbędnych odpisów, zgodnie z art. 22 ust. 1, 4 i 5 oraz art. 25 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22.05.2003 (Dz. U. Nr 03.124.1151).

.....
Data i podpis Ubezpiezonego/Uprawnionego

WYPEŁNIA PRACODAWCA/UBEZPIECZAJĄCY

DANE PRACODAWCY/UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa lub pieczęć firmowa Pracodawcy/Ubezpieczającego

Data przystąpienia Ubezpiezonego do ubezpieczenia:

Data zatrudnienia u obecnego Pracodawcy:

Data rozwiązania umowy o pracę (o ile dotyczy):

.....
Miejscowość

Data

.....
pieczęć i podpis osoby reprezentującej pracodawcę

POTWIEDZENIE PRZEZ OSOBĘ ODPOWIEDZIALNĄ Z OBSŁUGĘ UBEZPIECZENIA

Niniejszym potwierdzam, że w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Umowa pomiędzy Ubezpieczającym, a Ubezpieczonym była prawnie wiążąca.

Data

.....
imię, nazwisko i podpis osoby odpowiedzialnej za obsługę ubezpieczenia