

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE MULTIOCHRONA

Numer polisy: Numer zdarzenia:

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/UPRAWNIONY

DANE UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia: Seria i numer dowodu PESEL:

Adres do korespondencji:

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 i 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 leczą, jest Pan/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

Kwotę świadczenia proszę przesłać na mój rachunek bankowy:

przelew na rachunek bankowy

właściciel rachunku: nazwa, oddział banku:

Nr konta:

przekaz pocztowy na wskazany adres

ulica: kod: miasto:

ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

1.	Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego/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 TU S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia. Jednocześnie upoważniam SIGNAL IDUNA Życie Polska TU 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 03.124.11).

Data

.....
podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

WYPEŁNIA PRACODAWCA/UBEZPIECZAJĄCY

DANE PRACODAWCY/UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa lub pieczęć firmowa Pracodawcy/Ubezpieczającego:

Data przystąpienia Ubezpieczonego 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 ZA 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