SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA – DOŻYCIE

Numer polisy: ..... Numer sprawy: .....

UWAGA: Jeżeli Ubezpieczony/Uposażone Dziecko jest osobą fizyczną należy do niniejszego wniosku dołączyć wypełnione „Oświadczenie o rezydencji podatkowej osoby fizycznej", dla pozostałych podmiotów wypełnić obowiązkowo załącznik „Oświadczenie o rezydencji podatkowej i AML Ubezpieczającego innego niż osoba fizyczna będącego posiadaczem rachunku".

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ UPOSAŻONE DZIECKO

DANE UBEZPIECZONEGO/ UPOSAŻONEGO DZIECKA

Nazwisko/Nazwa firmy:

Imię:

Data urodzenia: D D M M R R R R Seria i numer dowodu: ..... PESEL/REGON:

NIP (dotyczy osoby prawnej)

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania):

tel. kom.: tel.: e-mail:

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie pod ww. numer telefonu kontaktowego oraz adres e-mail informacji o aktualnym statusie rozpatrywanego roszczenia: ☐ tak ☐ nie

D D M M R R R R
Data

.....
podpis Ubezpieczonego/Uposażonego

ZŁOŻONE ROSZCZENIE DOTYCZY *(prosimy postawić znak „X")*

☐	Dożycie Ubezpieczonego	☐	Dożycie Uposażonego Dziecka

DYSPOZYCJA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Kwotę świadczenia proszę przesłać na mój rachunek bankowy:

☐ **przelew na rachunek bankowy**

imię i nazwisko posiadacza rachunku

adres posiadacza rachunku: ..... nazwa, oddział banku: .....

Nr konta:

☐ **przekaz pocztowy na wskazany adres**

ulica: ..... kod: miasto: .....

ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/UPOSAŻONE DZIECKO WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

1.	**Kopia dowodu osobistego* Ubezpieczonego/Uposażonego Dziecka** *potwierdzona za zgodność z oryginałem przez przedstawiciela SIGNAL IDUNA, lub organ wydający dokument, lub notariusza.*	4.	
2.		5.	
3.		6.	

**prosimy zamazać na kopii zdjęcie i rysopis.*

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ UPOSAŻONEGO DZIECKA

Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie. Wyrażam zgodę, aby inne zakłady ubezpieczeń udostępniły SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. przetwarzane przez siebie moje dane osobowe w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.

D D M M R R R R
Data

.....
podpis Ubezpieczonego/Uposażonego Dziecka

SIŻ 2498/??.16