



## FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Numer polisy: ..... Numer zdarzenia: .....

### WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/UPRAWNIONY

#### DANE UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia:           Seria i numer dowodu: ..... PESEL:

Adres do korespondencji:

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

Data

.....  
podpis Ubezpieczonego/Uposażonego

#### ZŁOŻONE ROSZCZENIE DOTYCZY *(prosimy postawić znak „X”)*

<input type="checkbox"/>	Śmierć Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>	Trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy w wyniku NW
<input type="checkbox"/>	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	<input type="checkbox"/>	Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - pobyt w szpitalu
<input type="checkbox"/>	Śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>	Uraz spowodowany NW
<input type="checkbox"/>	Śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku NW	<input type="checkbox"/>	Złamanie lub oparzenie w wyniku NW
<input type="checkbox"/>	Śmierć dziecka Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>	Niezdolność do pracy Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/>	Śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW	<input type="checkbox"/>	Inne
<input type="checkbox"/>	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	<input type="checkbox"/>	

#### 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 leczenie 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 leczysz, 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 przelać 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 UBEZPIECZAJĄCY

#### DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię/Nazwisko/Nazwa firmy: .....

Data przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia:

Data zakończenia Ubezpieczenia:

.....  
Miejscowość

Data

.....  
podpis Ubezpieczonego