

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

1. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię/Imiona			
Nazwisko			
Nr Ubezpieczonego (karty)			
Wariant Ubezpieczenia			
Data urodzenia / PESEL			
Adres			
	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
Adres			
	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	

2. DANE UPRAWNIONEGO

Imię/Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia / PESEL			
Adres			
	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
Adres			
	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	Tel. kontaktowy

3. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia	
Przyczyna zgonu oraz okoliczności i przebieg zdarzenia	

4. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

<input type="checkbox"/> Przelew na rachunek bankowy:			
Właściciel rachunku			
Nazwa banku			
Numer konta			
<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy:			
Imię i Nazwisko			
Adres			
	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
Adres			
	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	

5. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej.
- Uwierzytelniona kopia karty zgonu Ubezpieczonego lub uwierzytelniona kopia zaświadczenia lekarskiego o przyczynie śmierci ubezpieczonego.
- Oryginał skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego.

6. OŚWIADCZENIE 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 03.124.1151).

Miejscowość

Data

Podpis uprawnionego ubiegającego się o wypłatę świadczenia