

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - ŚMIERĆ

NUMERY POLIS ORAZ NAZWY UBEZPIECZEŃ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

NAZWISKO / NAZWA FIRMY

IMIĘ / NAZWA FIRMY

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DANE UPRAWNIIONEGO, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI

TELEFON KONTAKTOWY

ULICA

NR DOMU

NR MIESZK.

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ADRES EMAIL

DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST INNY OD UBEZPIECZAJĄCEGO / UPRAWNIIONEGO / POSZKODOWANEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UBEZPIECZAJĄCEGO / UPRAWNIIONEGO / UBEZPIECZONEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

TYP ROSZCZENIA (PROSIMY ZAZNACZYĆ „X” WŁĄŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANEGO UBEZPIECZENIA)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ MAŁŻONKA |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ RODZICA <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ DZIECKA ORAZ ŚMIERĆ DZIECKA WSKUTEK NW |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU | <input type="checkbox"/> OSIEROCENIE DZIECKA |

DATA I GODZINA ZDARZENIA

W DNIU .. :

POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:

PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

* WYPŁATĄ GOTÓWKOWĄ (ODBIÓR W WYBRANYM ODDZIALE BANKU PEKAO SA, PO OKAZANIU DOWODU OSOBISTEGO, W CIĄGU 14 DNI OD PRZEKAZANIA ŚRODKÓW PRZEZ TOWARZYSTWO) *NIE DOTYCZY POLIS ROZSĄDNY PARTNER 1, 2; GRONO, PARTNER W PODRÓŻY

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIIONEGO

DATA PODPISANIA

MIEJSCE PODPISANIA

PUNKTY OD 1 DO 6 NALEŻY WYPEŁNIĆ, W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO, WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY, ŚMIERĆ MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, ŚMIERĆ DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. MIEJSCE ZDARZENIA ADRES, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ:

2. PRZYCZYNA:

3. CZY BYŁ SPORZĄDZONY PROTOKÓŁ BHP, KARTA WYPADKU ITP.?

TAK* NIE

4. CZY BYŁO PROWADZONE POSTĘPOWANIE PRZEZ POLICJĘ LUB PROKURATURĘ?

TAK* NIE

5. CZY BYŁO WZYWANE POGOTOWIE RATUNKOWE?

TAK* NIE

*JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIĘ DOKUMENTACJI LUB ADRESY ORAZ NUMERY SPRAW.

6. KTO I GDZIE UDZIELAŁ POSZKODOWANEMU PIERWSZEJ POMOCY (JEŻELI PIERWSZEJ POMOCY UDZIELAŁ LEKARZ, PROSIMY O DOŁĄCZENIE KSEROKOPII KARTY INFORMACYJNEJ LUB PODANIE NAZWY I ADRESU PLACÓWKI)?

ŚMIERĆ WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

7. PROSIMY O PODANIE NAZW ORAZ ADRESÓW PLACÓWEK MEDYCZNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, POD KTÓRYCH OPIEKĄ POSZKODOWANY POZOSTAWAŁ PRZED UBEZPIECZENIEM ORAZ PRZED ZDARZENIEM.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ PRAWDZIWE, ZGODNE Z MOJĄ WIEDZĄ I ZOSTAŁY PRZEKAZANE W DOBREJ WIERZE

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

MIEJSCE PODPISANIA

WYMAGANE DOKUMENTY

- oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia odpisu skróconego aktu zgonu
- kopia karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci (nie dotyczy śmierci rodzica / rodzica małżonka)
- kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego oraz, w stosunku do Uprawnionych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, jego opiekuna prawnego
- w przypadku nieszczęśliwego wypadku - kopia dokumentu wyjaśniającego okoliczności i przyczynę zdarzenia, to jest protokołu wypadkowego, protokołu BHP, notatki służbowej Policji oraz postanowienia Prokuratury lub podanie adresu oraz numeru sprawy placówki prowadzącej postępowanie
- w przypadku śmierci rodzica małżonka - oryginał lub kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa oraz oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia odpisu skróconego aktu zgonu
- w przypadku wypełniania ankiety medycznej oraz śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu - adresy placówek medycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką Poszkodowany pozostawał przed ubezpieczeniem oraz przed zdarzeniem
- w stosunku do Uprawnionych małoletnich, gdy opiekunem prawnym nie jest rodzic - kopia prawomocnego postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora
- inne dokumenty indywidualnie wskazane przez pracownika odpowiedzialnego za rozpatrzenie roszczenia

W przypadku zlecenia wypłaty świadczenia na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawnionego, obligatoryjnie powinno być ono poświadczane notarialnie za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filiach, Oddziałach oraz Przedstawicielstwach Towarzystwa, notariusz oraz jednostki samorządu terytorialnego właściwe dla miejsca wydania dokumentu (Urząd Gminy, Urząd Miasta). W przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku - przez polską placówkę dyplomatyczną.