

# Wniosek o wypłatę świadczenia / wykup ubezpieczenia (ubezpieczenia grupowe i grupowe indywidualnie kontynuowane)

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Przedstawicielstwo w \_\_\_\_\_ Polisa nr \_\_\_\_\_

## WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (UBEZPIECZAJĄCY)

Osoba ubezpieczona (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_  
 w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczony  był  nie był zatrudniony przez ubezpieczającego (nazwa zakładu pracy) \_\_\_\_\_  
 Data początku zatrudnienia \_\_\_\_\_ Data potrącenia pierwszej składki \_\_\_\_\_ Data potrącenia składki za miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenie \_\_\_\_\_

Osoba ubezpieczona w okresie 10 miesięcy od daty zdarzenia, z tytułu którego ubiega się o wypłatę świadczenia, zrezygnowała z obejmowania jej umową ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego  Nie  Tak

Załączono dokumenty potwierdzające zakres umów dodatkowych oraz sum ubezpieczenia, okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową (od-do) oraz datę rezygnacji z poprzedniego grupowego ubezpieczenia i datę opłaty ostatniej składki za poprzednie ubezpieczenie grupowe.

data \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ pieczętka i czytelny podpis upoważnionego pracownika zakładu pracy \_\_\_\_\_

## DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ (wypełnia Ubezpieczony)

1. Nazwisko i imiona \_\_\_\_\_ 2. Data urodzenia \_\_\_\_\_  
 3. Nr PESEL \_\_\_\_\_ 4. Adres  zamieszkania  zameldowania  korespondencyjny E-mail \_\_\_\_\_  
 Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
 Poczta \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_  
 Miejscowość \_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_

## DANE UPRAWNIONEGO (wypełnia Uprawniony)

1. Nazwisko i imiona lub nazwa \_\_\_\_\_  
 2. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 3. Nr PESEL \_\_\_\_\_ 4. Seria dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
 5. Nr REGON \_\_\_\_\_ 6. Adres  zamieszkania  zameldowania  korespondencyjny E-mail \_\_\_\_\_  
 Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
 Poczta \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_  
 Miejscowość \_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_

## WYPŁATA Z TYTUŁU

<input type="checkbox"/> Śmierci osoby ubezpieczonej	Data zgonu _____	<input type="checkbox"/> Śmierci teścia	Data zgonu _____
<input type="checkbox"/> w wypadku komunikacyjnym w pracy	Data wypadku _____	<input type="checkbox"/> Urodzenia się martwego noworodka	Data urodzenia _____
<input type="checkbox"/> w wypadku w pracy	Data wypadku _____	<input type="checkbox"/> Urodzenia się dziecka	Data urodzenia _____
<input type="checkbox"/> w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku _____	<input type="checkbox"/> Pobytu w szpitalu w następstwie choroby	dotyczy: <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> małżonka
<input type="checkbox"/> w następstwie udaru mózgu lub zawału serca	Data zdarzenia _____	<input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku	Okres pobytu od _____ do _____
<input type="checkbox"/> w następstwie wypadku komunikacyjnego	Data wypadku _____	<input type="checkbox"/> na oddziale OIOM	Okres pobytu od _____ do _____
<input type="checkbox"/> Osierocenia dziecka (jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka osoby ubezpieczonej)	Data zgonu _____		
<input type="checkbox"/> Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data zdarzenia _____	<input type="checkbox"/> Operacji	Data operacji _____
<input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku dotyczy: <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> małżonka		<input type="checkbox"/> chirurgicznej <input type="checkbox"/> plastycznej	Data wystąpienia poważnego zachorowania _____
<input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku w pracy		<input type="checkbox"/> Poważnego zachorowania	dotyczy: <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> małżonka <input type="checkbox"/> dziecka
<input type="checkbox"/> udaru mózgu lub zawału serca			
<input type="checkbox"/> Śmierci małżonka	Data zgonu _____	<input type="checkbox"/> Choroby śmiertelnej	Data wystąpienia choroby _____
<input type="checkbox"/> Śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku _____	<input type="checkbox"/> Całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby	Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy _____
<input type="checkbox"/> Śmierci dziecka	Data zgonu _____	<input type="checkbox"/> nieszczęśliwego wypadku	
<input type="checkbox"/> Śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Data wypadku _____		
<input type="checkbox"/> Śmierci rodzica	Data zgonu _____		

Całkowitego / trwałego inwalidztwa Data wypadku \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 w następstwie nieszczęśliwego wypadku  
 w wyniku wypadku w pracy  
 w wyniku wypadku komunikacyjnego  
dotyczy  Ubezpieczonego  małżonka

Osiągnięcia przez osobę ubezpieczoną wieku emerytalnego nr rachunku \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Wykupu ubezpieczenia z funduszem kapitałowym nr rachunku \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ z wpłat \_\_\_\_ % lub \_\_\_\_ zł pracownika  
 Inne \_\_\_\_\_

Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data wypadku \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data wypadku \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO (UWAGA!: ZAWSZE NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ROSZCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, ŚMIERCI NW LUB INNYCH NASTĘPSTW NW)**

Wszystkie dodatkowe informacje i dane mogą zostać uzupełnione pisemnym oświadczeniem Uprawnionego do niniejszego wniosku

Miejsce, data i godzina wypadku / śmierci \_\_\_\_\_

Przyczyna i okoliczności \_\_\_\_\_

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

Adres placówki medycznej, w której leczy się / leczyła Osoba ubezpieczona \_\_\_\_\_

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana Policja? Jeżeli tak, proszę podać dokładny adres posterunku Policji \_\_\_\_\_

Adres Prokuratury / Sądu \_\_\_\_\_

Rodzaj urazu i opis doznanego uszczerbku na zdrowiu (nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci) \_\_\_\_\_

Czy zakończono leczenie i rehabilitację?  tak, data zakończenia \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  nie, data przewidywanego zakończenia \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
(nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci)

**ZAŁĄCZONO DOKUMENTY**

<input type="checkbox"/> kopia skróconego odpisu aktu zgonu	<input type="checkbox"/> wynik badania histopatologicznego
<input type="checkbox"/> kopia karty statystycznej z przyczyną zgonu	<input type="checkbox"/> wypis z dowodu osobistego (druk GWDO)
<input type="checkbox"/> kopia skróconego odpisu aktu urodzenia	<input type="checkbox"/> kopia karty leczenia szpitalnego
<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (orzeczenie zgonu)	<input type="checkbox"/> kopie dokumentacji medycznej (l. pomoc, przychodnia, historia choroby ze szpitala)
<input type="checkbox"/> kopia raportu policyjnego (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> kopia protokołu BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku)	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____

**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY** (wypełnia Uprawniony)

Imię i nazwisko właściciela/-li rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

przelew na rachunek nr \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_

czytelny podpis uprawnionego, składającego wniosek

\* W przypadku gdy właścicielem rachunku nie jest Uprawniony należy podpisać poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że podany powyżej numer rachunku bankowego nie należy do mnie.

Oświadczam, że przekazanie kwoty świadczenia na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Towarzystwa z tytułu świadczenia w wynikającego z w/w umowy ubezpieczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_

czytelny podpis uprawnionego, składającego wniosek

data otrzymania wniosku i pełnej dokumentacji \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
czytelny podpis prowadzącego wstępne czynności likwidacyjne

e-mail prowadzącego wstępne czynności likwidacyjne