FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

Grupowe Ubezpieczenie na Życie MULTIOCHRONA

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Numer polisy

Numer zdarzenia

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

Dane Ubezpieczonego/Uprawnionego

Imię/Imiona:	
Nazwisko:	
Data Urodzenia:	Dzień / Miesiąc / Rok

Seria i numer dowodu

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica, numer:	
Kod, miejscowość:	
Tel. Kontaktowy:	

Złożone roszczenie dotyczy (prosimy postawić znak „**X**")

	Śmierć Ubezpieczonego		Trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy w NW
	Śmierć Ubezpieczonego w NW		Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału lub udaru
	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym i powietrznym		Poważne zachorowanie Ubezpieczonego
	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu		Poważne zachorowanie małżonka Ubezpieczonego
	Śmierć małżonka Ubezpieczonego		Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego
	Śmierć małżonka Ubezpieczonego w NW		Leczenie szpitalne Ubezpieczonego— pobyt w szpitalu
	Śmierć rodzica Ubezpieczonego		Leczenie szpitalne Ubezpieczonego— operacja chirurgiczna
	Śmierć teścia Ubezpieczonego		Leczenie szpitalne Ubezpieczonego— OIOM
	Śmierć dziecka Ubezpieczonego		Leczenie szpitalne Ubezpieczonego— Sanatorium
	Śmierć dziecka Ubezpieczonego w NW		Leczenie szpitalne Ubezpieczonego— Rekonwalescencja
	Urodzenie dziecka		Niezdolność do pracy Ubezpieczonego
	Urodzenie martwego dziecka		Osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego
	Trwały uszczerbek na zdrowiu w NW		Inne —

Dane osoby, której dotyczy składane roszczenie:

Imię/Imiona:	
Nazwisko:	
Data Urodzenia:	Dzień / Miesiąc / Rok
Data zdarzenia:	Dzień / Miesiąc / Rok — Miejscowość

Prosimy podać przyczynę zgonu (dot. roszczenia tyt. **Śmierci**):	
Prosimy podać okoliczności i przebieg zdarzenia	

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 z w/w zdarzeniem oraz dane lekarza, u którego zwykle się Pan/Pani leczy, jest Pana/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/w NW)

Dyspozycja realizacji świadczenia w przypadku ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa:

☐ Przelew na rachunek bankowy

Właściciel rachunku _____ Nazwa, oddział banku _____

☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Numer rachunku

☐ Przekazem pocztowym 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 T.U. S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.

Jednocześnie Upoważniam SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. 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)

Data i podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

Wypełnia Pracodawca/Ubezpieczający

Dane Pracodawcy/Ubezpieczającego

Nazwa lub pieczęć firmowa Pracodawcy/Ubezpieczającego	

	Dzień	Miesiąc	Rok
Data przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia:	☐☐	☐☐	☐☐☐☐
Data zatrudnienia u oenego Pracodawcy:	☐☐	☐☐	☐☐☐☐
Data rozwiązania umowy o pracę (o ile dotyczy):	☐☐	☐☐	☐☐☐☐

Miejscowość _____ Data _____ Pieczęć i podpis osoby reprezentującej pracodawcę _____

Potwierdzenie przez Osobę odpowiedzialną za obsługę ubezpieczenia:

Niniejszym potwierdzam, że w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Umowa między Ubezpieczającym, a Ubezpieczonym była prawnie wiążąca.	Data _____ Imię, nazwisko i podpis osoby odpowiedzialnej za obsługę ubezpieczenia _____