# Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci

**Ubezpieczający**

Nazwa firmy……………………………………………………………

NIP/REGON………………………………………………………………

**Ubezpieczony/Współubezpieczony**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko…………………………………………………………………

Imię………………………………………………………………………..

PESEL………………………………………………………………………

Rodzaj dokumentu tożsamości (zaznacz)

* dowód osobisty
* paszport
* karta pobytu

Dokument tożsamości Seria/Nr Termin ważności dokumentu………………………………………………………………

Państwo urodzenia Obywatelstwo…………………………………………………………..

Tel. kontaktowy +48…………………………

E-mail………………………………………………

**Adres zamieszkania**

Ulica……………………………………………………………………

Nr domu……………………………. Nr mieszkania……………………………… Kod pocztowy………………………………

Miejscowość………………………………………………………………………….

Państwo………………………………………………………………………..

**Adres do korespondencji (wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)**

Ulica……………………………………………………………………………….

Nr domu………………….. Nr mieszkania ………………………….Kod pocztowy………………………………………

Miejscowość………………………………………………………………………………………….

Państwo………………………………………………………………………..

**Uposażony/Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia**

Nazwisko/Nazwa……………………………………………………………….

Imię……………………………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………..

Dokument tożsamości Seria/Nr Termin ważności dokumentu………………………………………………

Państwo urodzenia Obywatelstwo………………………………………………….

NIP………………………………………………………………….

Polisa nr………………………………………………………………………..

**Adres zamieszkania/Adres siedziby firmy**

Ulica…………………………………………………………………………………

Nr domu ……………………Nr mieszkania……………………….Kod pocztowy…………………………………

Miejscowość……………………………………………………………

Państwo…………………………………………………………………

Tel. Kontaktowy…………………………………………………….

E-mail…………………………………………………………………….

**Adres do korespondencji (wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)**

Ulica…………………………………………………………………………………

Nr domu ……………Nr mieszkania……………….. Kod pocztowy……………………..

Miejscowość…………………………………………………..

Państwo………………………………………………………..

**Wypłata świadczenia z tytułu (zaznacz)**

* śmierci Ubezpieczonego (umowa główna),
* śmierci Małżonka,
* śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
* śmierci Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
* śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
* śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego,
* śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,
* śmierć Małżonka wskutek zawału serca/udaru mózgu,
* śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu,
* osierocenia Dziecka,
* osierocenie Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Data zdarzenia ………………………………………………………………

Jeżeli zgłoszone zdarzenie jest spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (proszę podać):

datę nieszczęśliwego wypadku………………………………………….

Opis okoliczności zdarzenia/nieszczęśliwego wypadku:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Kiedy i gdzie udzielono pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?**

Czy w sprawę była zaangażowana Policja/Prokuratura? (zaznacz) TAK/NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać nazwę i adres Komendy Policji lub Prokuratury prowadzącej sprawę: …………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Sposób wypłaty**

Przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku……………………………………………………………………………………………………………

Dane właściciela rachunku (proszę wypełnić jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

Nazwisko/Nazwa…………………………………………………………………………………………………………………..

Imię………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy………………………………………………………………………..