

# ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Nr polisy/certyfikatu: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

### II. DANE UPRAWNIONEGO

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji:

Ulica: \_\_\_\_\_ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### III. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY

Ubezpieczonego  Małżonka/Konkubenta  Dziecka  Rodzica  Rodzica Małżonka

### IV. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zgon                                | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu                          | <input type="checkbox"/> Złamanie                              | <input type="checkbox"/> Choroba śmiertelna  |
| <input type="checkbox"/> Zgon powodujący osierocenie dziecka | <input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM                             | <input type="checkbox"/> Zwichnięcie                           | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Narodziny dziecka                   | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne (świadczenie apteczne) | <input type="checkbox"/> Oparzenie                             | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Narodziny martwego dziecka          | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna                     | <input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo                    | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu        | <input type="checkbox"/> Rehabilitacja                             | <input type="checkbox"/> Dożycie do końca okresu ubezpieczenia | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |
| <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie                | <input type="checkbox"/> Rekonwalescencja                          | <input type="checkbox"/> Wykup                                 | <input type="checkbox"/> Inne (jakie): _____ |

### V. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Przyczyna zdarzenia:  nieszczęśliwy wypadek  wypadek przy pracy  zawał serca/udar mózgu

Data zdarzenia: DD - MM - RRRR (Np data: urodzenia/zgonu, przeprowadzenia operacji)

Okres pobytu w szpitalu od: DD - MM - RRRR do: DD - MM - RRRR

Okres rekonwalescencji szpitalnej od: DD - MM - RRRR do: DD - MM - RRRR

Miejsce, data, godzina wypadku: \_\_\_\_\_ DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_ :

Przyczyna i okoliczności wypadku/zgonu: \_\_\_\_\_

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

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

Adres placówki medycznej, w której leczy się/leczył Ubezpieczony (dotyczy nieszczęśliwego wypadku) \_\_\_\_\_

Czy zakończono leczenie i rehabilitację? (nie dotyczy roszczeń z tytułu zgonu)

TAK DD - MM - RRRR  
(data zakończenia)

NIE DD - MM - RRRR  
(data przewidywanego zakończenia)

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana Policja?  TAK  NIE

Jeżeli tak, proszę podać dokładny adres posterunku Policji i nr sprawy \_\_\_\_\_

Adres Prokuratury/Sądu i nr sprawy \_\_\_\_\_

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby/zdiagnozowania jednostki chorobowej DD - MM - RRRR

Adres placówki medycznej która sprawuje/sprawowała opiekę medyczną związaną ze zgłoszoną chorobą

**VI. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** (nie należy wypełniać, jeżeli zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia/dzień: \_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI PRZESŁANYCH DOKUMENTÓW Z POSIADANYM ORYGINAŁEM LUB UWIERZYTELNIIONYMI KOPIAMI**

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ legitymujący się dowodem osobistym lub paszportem seria/numer \_\_\_\_\_

wydanym przez \_\_\_\_\_ niniejszym oświadczam, iż przesłane przeze mnie skany/zdjęcia/kserokopie\* dokumentów wymaganych do rozpatrzenia zgłaszanego przeze mnie roszczenia z tytułu \_\_\_\_\_

(określenie zdarzenia i daty, np. pobyt w szpitalu w dniach od 01 do 15 stycznia 2015 roku)

na podstawie umowy ubezpieczenia, w której jestem osobą ubezpieczoną/uprawnioną są zgodne z oryginałami/uwiarygodnionymi kopiami\* dokumentów, które posiadam.

\* niepotrzebne skreślić.

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_  
miejsceowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

**VII. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA**

w całości  w części, tj. w kwocie: \_\_\_\_\_  
(w stosunku do pozostałej części należnego świadczenia należy wypełnić część VIII niniejszego formularza)

przelew na rachunek bankowy nr: \_\_\_\_\_

właściciel rachunku bankowego: Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

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

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_  
miejsceowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis uprawnionego

### VIII. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA POZOSTAŁEJ CZĘŚCI ŚWIADCZENIA

Część świadczenia w wysokości proszę przelać na konto umowy ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
nr polisy: \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

### IX. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA DECYZJI ROSZCZENIOWEJ

Wyrażam zgodę na przesłanie decyzji w sprawie roszczenia na podany \_\_\_\_\_ e-mail

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie      podpis osoby zgłaszającej roszczenie      podpis osoby, której dotyczy zdarzenie  
(wypełnić, gdy zdarzenie nie dotyczy Ubezpieczonego)

### DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO\*\*

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r.  TAK  NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

     -      -              \_\_\_\_\_  
miejsowość      czytelny podpis uprawnionego

### X. INFORMACJA O UMOWIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO (wypełnia zakład pracy/Pośrednik)

dotyczy Ubezpieczonego:       pracownika Ubezpieczającego       małżonka pracownika Ubezpieczającego  
 dziecka pracownika Ubezpieczającego       partnera pracownika Ubezpieczającego

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego      -      -             

\_\_\_\_\_  
pieczęć firmowa zakładu pracy      data, pieczęć i podpis uprawnionego pracownika  
zakładu pracy/Pośrednika

### \*\* WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

**PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

**PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISKI WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne.

**PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.