

Zgłoszenie dotyczy:

- 1) UNIQA TuŹ S.A.  śmierć  
 poważne zachorowanie  
 diagnoza nowotworu przedinwazyjnego  
 diagnoza nowotworu złośliwego
- 2) UNIQA TU S.A.  pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek  
 pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku  
 pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)  
 złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Zgłoszenie dotyczy:  ubezpieczonego  osoby bliskiej

Numer wnioskopoliszy

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

### Dane ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

Telefon

E-mail (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

### Adres zamieszkania

Ulica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

Miejscowość

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

Kraj

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Ulica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

Miejscowość

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

Kraj

**Dane osoby bliskiej (do wypełnienia jeśli roszczenie dotyczy osoby bliskiej)**

Imię i nazwisko osoby bliskiej

Wiek

**Adres zamieszkania**

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

**Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego**

**Zdarzenie ubezpieczeniowe pozostałe (niebędące przyczyną nieszczęśliwego wypadku)**

Przyczyny i okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala, w którym leczył się ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się ubezpieczony lub osoba bliska:

**Dodatkowe dane w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego**

DDMMRRRR

Data śmierci

Miejsce śmierci

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie, wraz z podaniem sygnatury:

**Dane dotyczące wypadku (jeśli dotyczy)**

DDMMRRRR

Data wypadku

Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco):

Czy ubezpieczony lub osoba bliska w chwili wypadku prowadzili pojazd mechaniczny?\*

Tak  Nie

Czy ubezpieczony lub osoba bliska w chwili wypadku znajdowali się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?\*

Tak  Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?\*

Tak  Nie

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.







Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu świadczącemu ochronę ubezpieczeniową przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa świadczącego ochronę ubezpieczeniową oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważniam Towarzystwo świadczące ochronę do zasięgania informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z moim wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa świadczącego ochronę ubezpieczeniową;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem ubezpieczony lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

3. Oświadczam, że przekazano mi dokument Przetwarzanie danych osobowych.

Tak  Nie

  D  D  M  M  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis ubezpieczonego / osoby bliskiej

**Śmierć, poważne zachorowanie, diagnoza nowotworu przedinwazyjnego, diagnoza nowotworu złośliwego**

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku:

Roszczenia Bancassurance

**Pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek, pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT), złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku**

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku:

Roszczenia Bancassurance

**Do wypełnienia w przypadku złożenia wniosku o wypłatę roszczenia u doradcy klienta lub w oddziale Provident Polska S.A.**

**Oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.**

  D  D  M  M  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację