

Zgłoszenie dotyczy:

- 1) UNIQA TUnŻ 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 wnioskopolisy

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**

D D M M R R R R

\_\_\_\_\_  
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)**

D D M M R R R R

\_\_\_\_\_  
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.

Czy w związku z wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?\*

Tak  Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: \_\_\_\_\_

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

---

---

### Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od  do

Przyczyna pobytu w szpitalu\*:

Inna niż wypadek  Wypadek *(wymagane wypełnienie pól poniżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)*

Nazwa i adres szpitala, w którym leczyli się ubezpieczony lub osoba bliska w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

---

---

Czy leczenie zostało zakończone?\*

Tak  Nie

Czy w trakcie leczenia szpitalnego ubezpieczony lub osoba bliska przebywali na OIOM/OIT?  Tak  Nie

### Dane dotyczące poważnego zachorowania

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:

---

### Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie z tytułu śmierci

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

+48  Telefon komórkowy

+48  Telefon stacjonarny

E-mail *(prosimy wypełnić drukowanymi literami)* \_\_\_\_\_

Jeżeli zgłaszający roszczenie jest uprawnionym do otrzymania świadczenia, należy również podać następujące dane:

\_\_\_\_\_ Obywatelstwo

Data urodzenia

PESEL \_\_\_\_\_

polskie

inne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu

### Adres korespondencyjny

\_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

## Forma wypłaty świadczenia

### Przelew bankowy\*

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko)

Numer rachunku bankowego

### Przekaz pocztowy\* (dotyczy: ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus)

Adres:

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

**Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.**

    D    D    M    M    R    R    R    R    

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia w UNIQA TU S.A.

*Prosimy przekazać do UNIQA TU S.A. oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, agenta, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja. **Dotyczy: ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus.***

*Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.*

### POBYT W SZPITALU Z INNEGO POWODU NIŻ NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego, gdzie ubezpieczony lub osoba bliska byli zarejestrowani

w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacja o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub postanowienie o umorzeniu postępowania)

### POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których ubezpieczony lub osoba bliska byli zarejestrowani, leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem
- opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół wypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatka urzędowa z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia

### POBYT NA ODDZIALE INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM/OIT)

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- kartę leczenia szpitalnego z informacją o pobycie na oddziale intensywnej opieki medycznej

### ZŁAMANIA KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których ubezpieczony lub osoba bliska byli zarejestrowani, leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia w UNIQA TunŻ S.A.

*Prosimy przekazać do UNIQA TunŻ S.A. oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, agenta, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja. **Dotyczy: ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus.***

*Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.*

### ŚMIERĆ

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- opis okoliczności zdarzenia
- odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego

- kartę statystyczną do karty zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę śmierci
- opis świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.), jeśli miały miejsce

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

- jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatkę urzędową z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wynik postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)
- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala, w których ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującą okres 2 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania – adresy tych placówek
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości ubezpieczonego
- odpis prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, w przypadku gdy uprawniony jest spadkobiercą ubezpieczonego, lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy uprawniony nie jest małżonkiem, dzieckiem, rodzicem lub rodzeństwem ubezpieczonego, natomiast jest spadkobiercą ubezpieczonego
- POWAŻNE ZACHOROWANIE**  
Do zgłoszenia należy dołączyć:
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości ubezpieczonego
- dokumentację potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania
- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, potwierdzającą diagnozę lub rozpoznanie nowotworu lub jego objawów, obejmującą okres 2 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, w tym wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenie rozpoznania łagodnego guza mózgu
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości ubezpieczonego

**ROZPOZNIANIE NOWOTWORU PRZEDINWAZYJNEGO, ROZPOZNIANIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, potwierdzającą diagnozę lub rozpoznanie nowotworu lub jego objawów, obejmującą okres 2 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, w tym wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenie rozpoznania łagodnego guza mózgu
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości ubezpieczonego

**Oświadczenia ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie z tytułu śmierci**

**Dotyczy: ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyJ Zdrowo, ProviŻyJ Zdrowo Plus**

**Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie (jeżeli nie jest jednocześnie ubezpieczonym)**

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, że nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne\*\*  Tak  Nie  
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

DDMMRRRR \_\_\_\_\_  
Data Miejscowość Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Ja niżej podpisany/-a zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.
2. Ja, niżej podpisany/-a, zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla klientów Providenta i wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia obejmuje: (1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia; (3) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (4) przyczyny mojej śmierci.

\*\* Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” na uniqa.pl.

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 udzielił 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 zasięgnięcia 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