

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 wniosku

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

19020924

UNIKA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłódna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.unika.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859
Kapitał zakładowy: 496 772 608 zł – wpłacony w całości

UNIKA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłódna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.unika.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543, NIP 107-00-06-155
Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości

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.

☐ Tak ☐ Nie

Data pobytu w szpitalu: od do

☐ Inna niż wypadek ☐ Wypadek (wymagane wypełnienie pól poniżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)☐ Tak ☐ Nie☐ Tak ☐ Nie

Dane dotyczące poważnego zachorowania

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie z tytułu śmierci

Imię	Nazwisko	Państwo urodzenia
------	----------	-------------------

+48 |_|_|_|_|_|_|_|_| +48 |_|_|_|_|_|_|_|_|
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

☐ Data urodzenia ☐ PESEL

☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ karta pobytu

Adres korespondencyvny

_____ / _____
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

☐ 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 powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatka urzędowa z policyj, protokół oględzin miejsca zdarzenia

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

☐ 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, wyrok 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 wyniki badania histopatologicznego potwierdzającego pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenie rozpoznania łagodnego guza mózgu
- ☐ kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości ubezpieczonego

☐ **ROZPOZNANIE NOWOTWORU PRZEDINWAZYJNEGO, ROZPOZNANIE 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 wyniki 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 informacji 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 uniaqa.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 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