



Wniosek o wypłatę świadczenia  
Dotyczy Ogólnych warunków ubezpieczenia  
dla Klientów Providenta

# Wniosek

Zgłoszenie dotyczy:

- 1) UNIQA TUnŻ S.A.  **Pakiet Życie:**  **Pakiet AntyRAK**  **Pakiet AntyRAK Plus:**
- Śmierć Ubezpieczonego
  - Śmierć Ubezpieczonego
  - Poważne zachorowanie Ubezpieczonego
  - Diagnoza Nowotworu złośliwego
  - Diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego
- 2) UNIQA TU S.A.  **Pakiet Zdrowie**  **Pakiet Dziecko**  **Pakiet Dzieci:**
- Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek
  - Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
  - Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)
  - Poważne zachorowanie Dziecka
  - Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka
  - Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

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

19020421U

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.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

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.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 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:

### Dodatkowe dane w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

\_\_\_\_\_   
 Miejsce zgonu

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)

Data wypadku

Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?\*

Tak  Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?\*

Tak  Nie

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

Tak  Nie

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.





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

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

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

**POWAŻNE ZACHOROWANIE**

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- dokumentację potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)
- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia
- protokół policyjny lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Dziecka policja lub prokuratura prowadziły postępowanie

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA**

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- opis okoliczności zdarzenia

- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)

- dokumentację potwierdzającą wystąpienie szkody, niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Ubezpieczony ją posiada

- faktury, rachunki, do zapłaty których zobowiązany był Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko

- oświadczenie sprawcy lub opiekuna prawnego Dziecka

**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 Dziecko byli zarejestrowani, leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem

- protokół opisujący okoliczności zdarzenia

- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

**Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia w UNIQA TUŃŻ S.A.**

*Prosimy przekazać do UNIQA TUŃŻ 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: Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK 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
- 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, obejmującej 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 każdego z Uposażonych

- 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, obejmującą okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia

- protokół policyjny lub postanowienie z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania Poważnego zachorowania Ubezpieczonego policja lub prokuratura prowadziły postępowanie

**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 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 / pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka**

Dotyczy: **Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakiet AntyRAK 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 rezyderencji podatkowej.

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

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (Towarzystwo lub Towarzystwa) świadczące ochronę ubezpieczeniową zgodnie z moim wskazaniem we Wnioskopolisie moich lub mojego Dziecka w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak  Nie

2. Ja niżej podpisany/-a zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną lub moim Dzieckiem w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

3. 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 lub mojemu Dziecku w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci 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 wysokości 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 rokowania oraz 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 i rokowania; (3) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (4) przyczyny mojej śmierci. 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 lub mojemu Dziecku w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci 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 lub mojego Dziecka w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa świadczącego ochronę ubezpieczeniową;

\*\* 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.

– innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem ubezpieczony ja lub moje Dziecko w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich lub mojego Dziecka w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci danych, w tym danych o stanie zdrowia.

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

Tak  Nie

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

Tak  Nie

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego / pełnoletniego Dziecka /  
Opiekuna prawnego Dziecka

#### **Pakiet Życie, Pakiet AntyRAK, Pakiet AntyRAK Plus**

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

#### **Pakiet Zdrowie, Pakiet Dziecko, Pakiet Dzieci**

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  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację

