



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. 042 63 44 700, fax 042 63 65 003
Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi
KRS 0000005751, NIP 554-100-15-22
Kapitał zakładowy i wpłacony: 23 285 720 PLN

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu

- ciężkiego zachorowania
 pobytu w szpitalu
 _____ *

Wniosek

Ubezpieczenie Numer polisy / - Data początku ubezpieczenia / /
dzień, miesiąc, rok

Ubezpieczony

Nazwisko

Imiona Numer klienta PESEL
Adres zameldowania
Ulica, nr domu, nr mieszkania
 -
Kod pocztowy Miejscowość

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Data zdarzenia (początek pobytu w szpitalu,
data diagnozy, inne) / /
dzień, miesiąc, rok

Krótki opis zdarzenia

Nazwy i adresy jednostek medycznych leczących Ubezpieczonego w związku z roszczeniem

nazwa	kod pocztowy	dokładny adres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Do wniosku dołączam dokumentację

1. historia choroby 3.
2. karta informacyjna z pobytu w szpitalu 4.

Wnioskodawca

Nazwisko

Imiona Numer klienta PESEL
Adres zameldowania
Ulica, nr domu, nr mieszkania
 -
Kod pocztowy Miejscowość
 0-
Telefon, fax Adres e-mail

Dokument identyfikacyjny Numer Data wyd. (dzień, m-c, rok) Organ wystawiający

- Należne świadczenie** odbiorę w kasie przedstawicielstwa proszę przelać na moje konto osobiste
 proszę przelać na moje konto osobiste proszę przelać pocztą na mój adres domowy
nr konta w
nazwa banku

Naruszenie obowiązku zgłoszenia prawidłowych danych

Oświadczam, że jako Wnioskodawca udzieliłem/am odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku zgodnie z prawdą i wyczerpująco. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować jej nieważnością.

Oświadczenia

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych dotyczących stanu zdrowia, z wyłączeniem danych genetycznych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, KRS pod numerem 0000005751.

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA T.U. na Życie S.A. do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych o informację dotyczące mojego stanu zdrowia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, w celu ustalenia prawa do odszkodowania lub świadczenia, a także określenia jego wysokości.

Przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

miejscowość, data

czytelny podpis Wnioskodawcy

Wypełnia Pośrednik TU

Uwagi

Przyjęto dnia

miejscowość, data

czytelny podpis przyjmującego dokumenty

Wypełnia osoba potwierdzająca ubezpieczenie

Potwierdza się, że

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nazwisko, imię

Nr polisy

PESEL

jest objęty ubezpieczeniem

nazwa ubezpieczenia

wraz z ryzykiem dodatkowym

Początek odpowiedzialności wobec
Ubezpieczonego

dzień

miesiąc (słownie)

rok

Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązywała karencja?

tak

nie

Suma ubezpieczenia

zł

Składka

zł

częstotliwość wpłaty

słownie złotych

Ostatnią składkę opłacono dnia

dzień

miesiąc (słownie)

rok

za

Uwagi

W przypadku nieterminowych lub nieregularnych wpłat - należy załączyć wykaz zawierający daty, wysokości i sposoby dokonania wpłat.

miejsowość, data

podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie

Wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń

Numer roszczenia w Przedstawicielstwie

Czy w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie szczególne warunki ubezpieczenia?

tak

nie

Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego istniała odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego?

tak

nie

Na podstawie niniejszego zgłoszenia stwierdza się, że:

Świadczenie z tytułu * może być wypłacone na podstawie paragrafu

OWU OWUD

Suma ubezpieczenia/ryczałt**

X

% /
liczba dni**

Kwota należnego świadczenia

zł

słownie złotych

Świadczenie dodatkowe
na podstawie opis

Roszczenie o wypłatę świadczenia kwalifikuje się do odmowy z powodu

Sporządził dnia

dzień, miesiąc, rok

pieczęć i podpis

Sprawdził dnia

dzień, miesiąc, rok

pieczęć i podpis

Zatwierdził kwotę do wypłaty zł

dnia

dzień, miesiąc, rok

słownie złotych

pieczęć i podpis



właściwie zakreślić

* właściwie wpisać

** niepotrzebne skreślić