

## Instrukcja wypełnienia Wniosku o wypłatę świadczenia

Wniosek powinien być wypełniony czytelnie, wielkimi literami przez osobę zgłaszającą roszczenie.

**Data wpływu Wniosku do Towarzystwa** (wypełnia Towarzystwo)

Prosimy przystawić pieczętki z datą wpływu Wniosku w odpowiednim miejscu na Wniosku.

### Rodzaj ubezpieczenia

Prosimy zaznaczyć odpowiedni rodzaj znakiem X w odpowiedniej rubryce.

### Numer polisy

Prosimy wpisać numer polisy.

### Numer certyfikatu (dotyczy ubezpieczeń grupowych)

Prosimy wpisać numer certyfikatu aktualnego na datę zgłaszanego zdarzenia.

### Numer roszczenia (wypełnia Towarzystwo)

Należy wpisać numer roszczenia nadany automatycznie przez system informatyczny w Centrali Towarzystwa.

### Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy

Prosimy wybrać i zaznaczyć w odpowiedniej rubryce znakiem X osobę, której dotyczy zdarzenie.

### Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego

Prosimy wybrać i zaznaczyć w odpowiedniej rubryce znakiem X rodzaj zdarzenia, z tytułu którego ma być wypłacone świadczenie.

### Dane osoby zgłaszającej roszczenie (ubezpieczonego/uprawnionego)

Prosimy podać imię i nazwisko (także nazwisko rodowe), adres korespondencyjny: ulica, nr domu, nr mieszkania, kod, miejscowość, województwo, datę urodzenia, serię i nr dowodu osobistego, numer PESEL, numer telefonu kontaktowego, adres e-mail.

W przypadku obcokrajowców zamiast numeru dowodu prosimy wpisać numer paszportu.

### Dane osoby, której dotyczy zdarzenie (ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka, rodzica, rodzica małżonka)

Prosimy wpisać dane odpowiedniej osoby – ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka, rodzica lub rodzica małżonka – imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL.

### Dane zdarzenia

Prosimy podać odpowiednie daty, miejsce zdarzenia, przyczynę zgonu w zależności od rodzaju zgłaszanego zdarzenia. Przyczynę zgonu prosimy podać zawsze w przypadku wystąpienia z roszczeniem z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej lub osób współubezpieczonych (małżonka ubezpieczonego, dziecka, rodzica, rodzica małżonka ubezpieczonego).

W przypadku zgłoszeń z opcji związanych z wypadkiem prosimy podać datę zakończenia leczenia i rehabilitacji określonej przez lekarza prowadzącego.

### Opis zdarzenia

Prosimy podać krótki lecz wyczerpujący opis zdarzenia zawierający przyczynę, okoliczności, przebieg wypadku. W

przypadku braku miejsca na wniosku prosimy uzupełnić opis na dodatkowej kartce i potwierdzić datą i podpisem.

### Dane lekarza lub placówki medycznej, którzy udzielili pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku i leczyli w późniejszym okresie

Prosimy wpisać nazwiska i miejsca pracy lekarzy, którzy badali lub leczyli osobę zgłaszającą roszczenie w związku z danym zdarzeniem oraz dane osobowe lekarzy, u których zwykle osoba zgłaszająca roszczenie się leczy, którzy mogliby udzielić bliższych informacji na temat stanu zdrowia tej osoby. Prosimy również wpisać nazwiska i miejsca pracy lekarzy lub nazwy placówek, gdzie leczyła się osoba zgłaszająca roszczenie w okresie późniejszym i/lub w okresie rehabilitacji.

### Adres i telefon komendy policji lub prokuratury prowadzącej dochodzenie

Prosimy podać dane dotyczące odpowiednich instytucji w szczególności jeżeli zdarzenie dotyczy wypadku komunikacyjnego lub w wyjaśnieniu okoliczności zdarzenia było prowadzone śledztwo przez policję lub postępowanie przez prokuraturę.

### Sposób wypłaty świadczenia

Prosimy zaznaczyć sposób wypłaty świadczenia stawiając w odpowiedniej rubryce znak X.

W przypadku wyboru „przelewu” jako formy płatności prosimy podać dane dotyczące właściciela rachunku – imię i nazwisko, nazwę banku, numer rachunku bankowego. Prosimy o dokładne sprawdzenie wpisanego numeru rachunku bankowego (powinien posiadać 26 cyfr). Jeżeli właścicielem rachunku jest inna osoba, niż osoba zgłaszająca roszczenie, należy dodatkowo uzupełnić dane dotyczące adresu właściciela rachunku – adres do korespondencji, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość.

W przypadku wyboru „wplaty dodatkowej do wniosku/polisy nr (...)” jako formy płatności prosimy wpisać numer wniosku lub numer polisy. Niniejsza forma wypłaty zostanie zrealizowana jedynie w przypadku posiadania przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia odpowiedniej polisy indywidualnej.

W przypadku wyboru „przelewu na konto regularne zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wybranych rodzajów ubezpieczeń indywidualnych” jako formy płatności wybrana forma płatności zostanie zrealizowana jedynie w przypadku posiadania przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia odpowiedniej polisy indywidualnej.

W przypadku wyboru „gotówki” jako formy płatności należy skontaktować się z przedstawicielem Towarzystwa i upewnić się czy wybrana forma płatności w przypadku Państwa polisy obsługiwana jest przez jednostkę dokonującą wypłaty. W niektórych przypadkach realizacja tej formy płatności nie będzie możliwa.

### Komisje lekarskie (wypełnia Towarzystwo)

Prosimy podać datę, godzinę, miejsce komisji lekarskiej oraz imię i nazwisko lekarza przeprowadzającego badanie w imieniu Towarzystwa lub datę zlecenia umówienia terminu komisji w przypadku komisji organizowanej przez firmę zewnętrzną współpracującą z Towarzystwem w zakresie orzecznictwa lekarskiego.

**Oświadczenie**

Prosimy uważnie zapoznać się z treścią oświadczeń. W celu wyrażenia bądź nie zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych należy skreślić odpowiednie słowa.

**Podpis osoby Ubezpieczonej/Uprawnionego oraz podpis Małżonka osoby Ubezpieczonej**

Wniosek powinien być obowiązkowo podpisany przez osobę zgłaszającą roszczenie – ubezpieczonego lub uprawnionego, a w przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego małżonka ubezpieczonego wniosek powinien również podpisać małżonek osoby ubezpieczonej.

Prosimy również wpisać czytelnie imię i nazwisko ubezpieczonego/uprawnionego, a w przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego małżonka ubezpieczonego imię i nazwisko małżonka osoby ubezpieczonej oraz datę podpisywania Wniosku.

**Dane pracodawcy/ubezpieczającego (dotyczy ubezpieczeń grupowych)**

Prosimy podać:

- nazwę pracodawcy lub ubezpieczającego (pieczęć firmowa),
- datę zatrudnienia ubezpieczonego u obecnego pracodawcy (nie dotyczy grup nieformalnych i grup małżonków, którzy nie są zatrudnieni u pracodawcy ubezpieczonego),
- datę przystąpienia do ubezpieczenia,
- datę początku ubezpieczenia dla grupy,
- datę zapłacenia składki za okres, w którym zaszło zdarzenie,
- datę rozwiązania umowy o pracę (o ile dotyczy).

Powyzsze dane należy potwierdzić imienną pieczęcią i podpisem osoby reprezentującej ubezpieczającego lub pracodawcę, podając datę i miejscowość spisania danych.

**Osoba przyjmująca Wniosek w imieniu Towarzystwa od osoby zgłaszającej roszczenie powinna na Wniosku wpisać datę jego przyjęcia oraz złożyć swój podpis i przystawić pieczęć imienną w wyznaczonym na wniosku miejscu.**