

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

Ubezpieczony

Nazwisko
Imiona Numer klienta PESEL
Adres zameldowania
Ulica, nr domu, nr mieszkania
Kod pocztowy Mięscowosc

Dane dotyczące osoby

- urodzonej
 zmarłej
 _____ *

Data narozdin/zgonu/ * / / Przyczyna zgonu
dzień, miesiąc, rok
Nazwisko Stopień pokrewieństwa lub więzi rodzinnej
Imiona Numer klienta PESEL

Uprawniony

Dotyczy zgonu Ubezpieczonego

Nazwisko
Imiona Numer klienta PESEL
Adres zameldowania
Ulica, nr domu, nr mieszkania
Kod pocztowy Mięscowosc
Telefon, fax Adres e-mail
Dokument identyfikacyjny Numer Data wyd. (dzień, m-c, rok) Organ wystawiający

Do wniosku dołączam dokumentację niezbędną do ustalenia zasadności i wysokości świadczeń zgodnie z zapisami OWU i OWUD

1. odpis aktu zgonu
2. odpis aktu urodzenia
3. w przypadku zgonu świadectwo lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu
4.
5.
6.

Wnioskodawca

Nazwisko
Imiona Numer klienta PESEL
Adres zameldowania
Ulica, nr domu, nr mieszkania
Kod pocztowy Mięscowosc
Telefon, fax Adres e-mail
Numer Data wyd. (dzień, m-c, rok) Organ wystawiający

Należne świadczenie odbiorę w kasie przedstawicielstwa proszę przesłać pocztą na mój adres domowy
 proszę przelać na moje konto osobiste w
nr konta 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.

miejsce, data

czytelny podpis Wnioskodawcy

Wypełnia Pośrednik TU

Uwagi

Przyjęto dnia
miejsce, data

czytelny podpis przyjmującego dokumenty

Wypełnia osoba potwierdzająca ubezpieczenie

Potwierdza się, że

/ -
Nazwisko, imię Nr polisy PESEL

jest objęty ubezpieczeniem
nazwa ubezpieczenia

wraz z ryzykiem dodatkowym

Początek odpowiedzialności wobec Ubezpieczonego 2 0
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 2 0 za
dzień miesiąc (słownie) rok

Uwagi

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

miejscowość, 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 urodzenia/zgonu/ * może być wypłacone na podstawie paragrafu
 OWU OWUD

Suma ubezpieczenia X %

Kwota należnego świadczenia zł
słownie złotych

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