UNIQA
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. (42) 63 44 700, fax (42) 63 65 003
Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi
KRS 0000005751

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu

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 wypadku __ __ __ (dzień, miesiąc, rok)

Jeśli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy lub inny wymagający posiadania uprawnień - podać cechy tego dokumentu

Wyczerpujący opis wypadku (przyczyna, okoliczności, przebieg)

Wypadek powstał wskutek

- ☐ usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa
- ☐ usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa
- ☐ działań wojennych, terrorystycznych, uczestnictwa we wszelkiego rodzaju aktach przemocy
- ☐ spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu bądź użycia narkotyków lub innych środków odurzających
- ☐ prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości lub bez odpowiedniego uprawnienia
- ☐ promieniowania radioaktywnego lub jonizacyjnego
- ☐ jazdy pojazdem w trakcie uczestnictwa w zawodach; uprawiania niebezpiecznych sportów; jazdy pojazdem niedopuszczonym do ruchu
- ☐ uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nie posiadające uprawnień
- ☐ wykonywaniem czynności bez odpowiednich uprawnień lub przeszkolenia

Świadkowie wypadku

Imię, nazwisko, adres | podpis świadka

Kto, kiedy i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

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 przesłać pocztą na mój adres domowy
- ☐ proszę przelać na moje konto osobiste _____ 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.

miejscowość, data | czytelny podpis Wnioskodawcy

Wypełnia Pośrednik TU

Uwagi

Przyjęto dnia

miejscowość, data | czytelny podpis przyjmującego dokumenty

UNI - S03

X właściwe zakreślić

Wstępne orzeczenie lekarskie

wypełnia lekarz

Przyjęcie Ubezpieczonego bezpośrednio po wypadku

dzień, miesiąc, rok — godzina, minuta

Przewidywany okres leczenia szpitalnego w miesiącach

Przewidywany miesiąc i rok badania końcowego

Opis (w języku polskim) obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem

Nazwa zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł) się po wypadku

miejscowość, data — pieczęć i podpis lekarza

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 — dzień — miesiąc (słownie) — rok 2 0

Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązywała karencja? ▶ tak nie

Suma ubezpieczenia — zł

Składka — częstotliwość wpłaty — zł — słownie złotych

Ostatnią składkę opłacono dnia — dzień — miesiąc (słownie) — rok 2 0 — za

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** * **może być wypłacone na podstawie paragrafu**

☐ OWU ☐ OWUD

Suma ubezpieczenia — X — % liczba % za 1% trwałego uszczerbku — X — % orzeczony % trwałego uszczerbku

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

X właściwe zakreślić * właściwe wpisać