Prosimy o kompletne i czytelne wypełnienie formularza.

1. Dane osoby ubezpieczonej

Imię i Nazwisko

Numer PESEL

Adres (pełny)

Numer telefonu

Adres elektroniczny (email)

Numer umowy *(jeśli dotyczy kilku umów, prosimy o wpisanie wszystkich)*

Status osoby ubezpieczonej: Emeryt(ka) ☐ Rencista(ka) ☐ Pracownik ☐

Prowadzący działalność ☐ inny (jaki)

2. Dane osoby zgłaszającej roszczenie *(w przypadku, gdy inna osoba niż w punkcie 1)*

Imię i Nazwisko

Adres do korespondencji

Numer telefonu

Adres elektroniczny (email)

Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną

3. Zdarzenie ubezpieczeniowe w związku, z którym zgłaszane jest roszczenie

☐ Zgon

Data zdarzenia

Przyczyna zgonu

Nazwa i adres placówki, która wystawiła *kartę statystyczną do karty zgonu*

☐ Trwała i całkowita niezdolność do pracy lub utrata zdolności do samodzielnej egzystencji

Data zdarzenia

4. Dane uzupełniające

Dane placówek medycznych, w których osoba ubezpieczona leczy bądź leczyła się w okresie trzech lat poprzedzających zawarcie umowy

Pełna nazwa i adres praktyki lekarza rodzinnego / poradni POZ / poradni ogólnej

Pełna nazwa i adres poradni specjalistycznej / szpitala

Adres posterunku Policji, Prokuratury wraz z nr sprawy (jeśli postępowanie dotyczy zdarzenia)

5. Oświadczenie

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajania lub podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia i innych przepisach prawa polskiego.

2. Wyrażam zgodę na prowadzenia ze mną korespondencji w sprawie złożonego roszczenia o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

Data

Czytelny podpis osoby ubezpieczonej lub zgłaszającej roszczenie

Data

Pieczęć placówki i czytelny podpis pracownika banku