

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

Czasowa niezdolność do pracy

Data zdarzenia

--

Utrata stałego źródła dochodów

Data zdarzenia

--

Poważne zachorowanie

Data zdarzenia

--

Nazwa / rodzaj poważnego zachorowania

--

**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