

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

Dane dotyczące osoby

- urodzonej
 zmarłej
 _____ *

Data narodzin/zgonu/ * / /
dzień, miesiąc, rok Przyczyna zgonu

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 Miejscowość
 0-
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 Miejscowość
 0-
Telefon, fax Adres e-mail

Numer Data wyd. (dzień, m-c, rok) Organ wystawiający

Należne świadczenie proszę przestać 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.

miejscowość, data

czytelny podpis Wnioskodawcy

Wypełnia Pośrednik TU

Uwagi

Przyjęto dnia

miejscowość, 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