Ubezpieczenia Pocztowe

Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Numer Polisy

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego

☐ 2. śmierć Ubezpieczonego ☐ 3. śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Dane dotyczące Ubezpieczonego

4. Imię 5. Nazwisko

6. Nazwisko rodowe 7. PESEL

Dane dotyczące Uposażonego/Zgłaszającego (niepotrzebne skreślić)

8. Imię 9. Nazwisko

10. Nazwisko rodowe 11. PESEL

12. Obywatelstwo 13. Typ dokumentu tożsamości 14. Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe Uposażonego/Zgłaszającego (niepotrzebne skreślić)

15. Ulica

16. Nr domu / mieszkania / 17. Kod pocztowy - 18. Miejscowość

19. Telefon komórkowy 20. Adres e-mail

Dane dotyczące zgłaszanego zdarzenia

21. Data zgonu Ubezpieczonego DD / MM / RRRR 22. Miejsce zgonu (np.: szpital, dom)

23. Przyczyna zgonu

☐ 24. Choroba ☐ 25. Nieszczęśliwy wypadek ☐ 26. Wypadek komunikacyjny ☐ 27. Wypadek w pracy ☐ 28. Samobójstwo ☐ 29. Inna

30. Okoliczności wypadku/opis przebiegu choroby/opis zdarzenia

31. Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie przez organy Policji, Prokuratury lub Sądu? ☐ 32. TAK ☐ 33. NIE

Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA		
PROKURATURA		
SĄD		

Informacje dla Uposażonego/Zgłaszającego roszczenie

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty)

☐ 34. kopia dowodu osobistego Uposażonego/Zgłaszającego

☐ 35. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego

☐ 36. kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę śmierci

☐ 37. kopia dokumentacji medycznej dotycząca leczenia Ubezpieczonego w postaci: kart informacyjnych leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia w Poradni POZ, odpisy wyników badań RTG, USG, TK, MR itd. (jeżeli przyczyną zgonu Ubezpieczonego była choroba)

☐ 38. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregokolwiek z niniejszych organów)

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.

Dyspozycja wypłaty świadczenia

39. Przelew na rachunek bankowy numer:

Dane właściciela rachunku

40. Imię

41. Nazwisko

42. Ulica

43. Nr domu / mieszkania

44. Kod pocztowy

45. Miejscowość

Oświadczenia

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym zgłoszeniu. Mam świadomość, że w każdej chwili mogę zażądać przesyłania korespondencji w formie pisemnej.
3. Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznanym świadczeniu.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. dostępnym na stronie internetowej www.ubezpieczeniapocztowe.pl
5. Jestem świadoma/y, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, administratorem moich danych osobowych podanych w niniejszym zgłoszeniu będzie Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (adres: ul. Domaniewska 50A, 02-672 Warszawa), a moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści. Podanie przeze mnie wskazanych w niniejszym zgłoszeniu danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

46. Miejscowość

47. Data DD / MM / RRRR

48. Podpis Uposażonego/Zgłaszającego