

Oświadczenie Zgłaszającego w przypadku zgonu Ubezpieczonego (F 03)



Ja niżej podpisany zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu określonej poniżej umowy ubezpieczenia w związku ze zgonem osoby Ubezpieczonej.

Dane identyfikacyjne umowy

Imię i nazwisko Ubezpieczonego (w przypadku kobiety podać także nazwisko panięskie)

Numer polisy / certyfikatu

Numer Agenta

Data opłacenia ostatniej składki

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Opis zdarzenia ubezpieczeniowego

1. Data zgonu

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Dokładna godzina

		,		
--	--	---	--	--

3. Miejsce zgonu

Nazwa

Adres

4. Przyczyna zgonu

5. Kiedy zgodnie z Pana/i wiedzą Ubezpieczony po raz pierwszy skarżył się na dolegliwości lub zasięgał porady lekarskiej, dotyczącej ostatniej choroby?

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Proszę wymienić lekarzy leczących Ubezpieczonego w okresie trzech lat poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia

Imię i nazwisko

Nazwa i adres placówki medycznej

Data leczenia

Przyczyna

Dane Uposażonego

Imię i nazwisko (w przypadku kobiety podać także nazwisko panięskie)

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres Uposażonego

Ulica

Telefon

Miejscowość

Kod pocztowy

		-				
--	--	---	--	--	--	--

Informacje dodatkowe

Czy ubezpieczony posiadał polisy ubezpieczeniowe na życie innych Towarzystw

Nazwa Towarzystwa	Nr polisy	Data wystawienia	Suma ubezpieczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dane Zgłaszającego

1. Dane identyfikacyjne (wypełnia się, gdy Zgłaszający jest osobą inną niż Uposażony)

Imię i nazwisko Nr dowodu osobistego -

Adres Zgłaszającego

Ulica Telefon

Miejscowość Kod pocztowy -

2. Status prawny zgłaszającego:

Uposażony Pełnomocnik Uposażonego Przedstawiciel Uposażonego

Dyspozycja formy spełnienia świadczenia

Niniejszym proszę o wypłatę należnej wysokości świadczenia w sposób określony poniżej:

przelewem bankowym na moje osobiste konto bankowe

Nazwa banku i numer oddziału banku Nr konta

Adres (podać tylko wtedy, jeśli jest inny niż wskazany powyżej)

przekazem pocztowym na adres wskazany powyżej

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Miejscowość Data Podpis Zgłaszającego

Informacje dla Zgłaszającego

Dokumentację niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zawartej umowy w przypadku zgonu Ubezpieczonego stanowią:

1. Oryginał polisy ubezpieczeniowej / certyfikatu;
 2. Oryginałny odpis skrócony aktu zgonu osoby ubezpieczonej;
 3. Formularz Oświadczenie Zgłaszającego w przypadku zgonu ubezpieczonego, wypełniony i podpisany przez każdego z uposażonych głównych (F03);
 4. Formularz Oświadczenie Pracodawcy w przypadku roszczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie (F 11)¹
 5. Kopia statystycznej karty zgonu, poświadczona za zgodność z oryginałem przez notariusza lub inny dokument o przyczynie zgonu;
 6. Kserokopia dowodu osobistego każdego uposażonego (strony od 1 do 4) lub jego paszportu (strona ze zdjęciem), poświadczona za zgodność z oryginałem przez notariusza. W przypadku występowania w imieniu Uposażonego należy przedstawić dokument stanowiący podstawę do reprezentowania interesów Uposażonego.
 7. Legitymacja ubezpieczeniowa ZUS Ubezpieczonego, książeczka rejestru usług medycznych (do wglądu w czasie postępowania likwidacyjnego) oraz inna dokumentacja medyczna (karty leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań, itp.);²
 8. Kopia protokołu sekcji zwłok;³
 9. Postanowienie o umorzeniu dochodzenia / śledztwa w prokuraturze lub inne dokumenty sporządzane przez policję (w tym wynik badania na zawartość alkoholu, środków odurzających, psychotropowych lub innych substancji toksycznych we krwi ubezpieczonego), prokuraturę lub sąd, które mogą przyczynić się do wyjaśnienia okoliczności zdarzenia,⁴
- TOWARZYSTWO ZASTRZEGA SOBIE PRAWO ŻĄDANIA INNYCH INFORMACJI I DOKUMENTÓW, JEŻELI CHARAKTER SPRAWY I KONIECZNOŚĆ DOKONANIA ISTOTNYCH USTALEŃ FAKTYCZNYCH TEGO WYMAGA.**

Udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na pytania zawarte w formularzach oraz dostarczenie wymienionej powyżej dokumentacji w komplecie poprzez agenta współpracującego z Towarzystwem lub bezpośrednio do siedziby Towarzystwa przyczyni się do sprawnego i szybkiego rozpatrzenia roszczenia. Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności.

¹ stosuje się w przypadku ubezpieczeń grupowych,

² obowiązuje w przypadku, gdy śmierć naturalna nastąpiła w okresie pierwszych trzech lat obowiązywania umowy ubezpieczenia lub po podwyższeniu sumy ubezpieczenia

³ jeśli była wykonana,

⁴ wymagane, jeżeli były prowadzone czynności przez wymienione organy.