



# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Nr polisy

## 1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy

## 2. UBEZPIECZONY/WSPÓLUBEZPIECZONY:

Nazwisko

Imiona

PESEL

Tel. kontaktowy

E-mail

## 3. UPOSAŻONY/ OSOBA UPRAWNIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Jeżeli z wnioskiem o wypłatę zwraca się inna osoba niż Ubezpieczony lub Uposażony prosimy o dołączenie dokumentów potwierdzających jej prawo do otrzymania świadczenia w imieniu Ubezpieczonego lub Uposażonego:

Nazwisko

Imiona

PESEL

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Miejscowość

## 4. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

- śmierci Ubezpieczonego\* (umowa główna),
- śmierci Ubezpieczonego\* w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci Ubezpieczonego\* wskutek wypadku komunikacyjnego,
- śmierci Ubezpieczonego\* wskutek wypadku przy pracy,
- śmierci Ubezpieczonego\* spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu,
- trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego\* spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego\* spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (miesięczne świadczenie),
- niezdolności Ubezpieczonego\* do pracy
- niezdolności Ubezpieczonego\* do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
- stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego\* spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu,
- śmierci Małżonka,
- śmierci Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego,
- uszczerbku na zdrowiu Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka
- śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- narodzin Dziecka,
- śmierci Dziecka
- narodzin martwego Dziecka,
- osierocenia Dziecka,
- operacji Ubezpieczonego\* spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
- operacji Ubezpieczonego\* spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem,

Data zdarzenia:

## 5. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA:

przelew na konto osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia:

Właściciel konta

Nr konta

przekaz pocztowy

Adresat i adres

### UBEZPIECZAJĄCY

Podpis

Data

Pieczęć Ubezpieczającego

### OSOBA UPRAWNIONA DO ODBIORU ŚWIADCZENIA

Podpis

Data

\* Ubezpieczony oznacza również Współubezpieczonego.