



Niniejszym, ja

Imię i nazwisko

PESEL

oświadczam, iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam.

Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych UNIQA TUnŻ S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym.

Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w świetle kodeksu karnego.

Miejscowość

D D M M R R R R  
Data

Podpis składającego oświadczenie



Zgłoś zdarzenie przez [uniqa.pl/zdarzenie](https://uniqa.pl/zdarzenie)



Decyzję otrzymasz nawet w 24 h



Status zgłoszenia sprawdzisz online

Wniosek o wypłatę świadczenia

Wniosek

Kod dokumentu: 176\_0421U

### Świadczenie z tytułu<sup>1</sup>

Śmierci

rodzica

rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

Śmierci w następstwie NW

rodzica

rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

### Dane polisy

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

### Dane Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię, imiona \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_ Płeć  kobieta  mężczyzna  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_  
 polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_ Data ważności dokumentu \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  stacjonarny  komórkowy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Godziny kontaktu \_\_\_\_\_  
E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

\_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.<sup>2</sup> Uprawniony:  Tak  Nie

### Dane dotyczące zdarzenia

\_\_\_\_\_  
Data zdarzenia \_\_\_\_\_  
Dotyczy świadczenia z tytułu śmierci  
Przyczyna śmierci<sup>1</sup>  choroba  nieszczęśliwy wypadek  
Okoliczności, miejsce i przyczyna śmierci (wyczerpująco): \_\_\_\_\_

Czy zmarły w chwili śmierci znajdował się pod wpływem alkoholu?<sup>3</sup>  Tak  Nie

Czy w związku z wypadkiem policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?<sup>3</sup>  Tak  Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć właściwą dokumentację.

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego/-ych postępowanie wyjaśniające: \_\_\_\_\_

### Forma wypłaty świadczenia<sup>1</sup>

Przelew bankowy

\_\_\_\_\_  
Właściciel rachunku bankowego \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adres właściciela rachunku bankowego \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Przekaz pocztowy

\_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_

## Oświadczenia

1. Oświadczam, iż powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych UNIQA TUŃŻ S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w rozumieniu kodeksu karnego.

\_\_\_\_\_   D  D  M  M  R  R  R  R   \_\_\_\_\_  
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

2. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez UNIQA Polska S.A. i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibami w Warszawie, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu w formie wiadomości SMS oraz elektronicznie na podany adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

\_\_\_\_\_   D  D  M  M  R  R  R  R   \_\_\_\_\_  
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

3. Wnoszę o przesłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany w niniejszym wniosku adres e-mail.

Tak  Nie

4. Jako rodzic dziecka wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i o nałogach, przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie, w celu likwidacji zgłoszonej szkody.

Tak  Nie

\_\_\_\_\_   D  D  M  M  R  R  R  R   \_\_\_\_\_  
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

5. Oświadczam, że otrzymałem/-am dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

Tak  Nie

\_\_\_\_\_   D  D  M  M  R  R  R  R   \_\_\_\_\_  
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

## Oświadczenie (w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci/śmierci w następstwie NW rodzica współmałżonka)

My niżej podpisani oświadczamy, że pozostawaliśmy w ważnym związku małżeńskim w chwili zajścia śmierci rodzica współmałżonka.

\_\_\_\_\_   D  D  M  M  R  R  R  R   \_\_\_\_\_  
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Podpis współmałżonka Ubezpieczonego

## Dokumenty, które należy dołączyć do wypełnionego wniosku w celu rozpatrzenia zasadności roszczenia

### Śmierć/śmierć w następstwie NW rodzica Ubezpieczonego

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- w przypadku zgonu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

### w przypadku zdarzenia dotyczącego rodzica niebiologicznego, dodatkowo:

- postanowienie sądu rodzinnego o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad Ubezpieczonym

### w przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu macochy/ojczyma, dodatkowo:

- odpis skrócony aktu małżeństwa zmarłej macochy/ojczyma

### Śmierć/śmierć w następstwie NW rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica współmałżonka Ubezpieczonego
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

- aktualny akt małżeństwa (tzn. wydany nie wcześniej niż na 3 miesiące przed złożeniem wniosku o wypłatę świadczenia); jeśli akt małżeństwa nie jest aktualny, dodatkowo prosimy o dostarczenie oświadczenia małżonków o pozostawaniu w ważnym związku małżeńskim

- w przypadku zgonu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

### w przypadku zdarzenia dotyczącego niebiologicznego rodzica współmałżonka, dodatkowo:

- postanowienie sądu rodzinnego o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad współmałżonkiem Ubezpieczonego

### w przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu macochy/ojczyma współmałżonka Ubezpieczonego, dodatkowo:

- odpis skrócony aktu małżeństwa zmarłej macochy/ojczyma współmałżonka Ubezpieczonego

## Ważne informacje

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kopii.
2. Kopie dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osoba uprawnioną jest: pracownik UNIQA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego). **W przypadku podpisania oświadczenia dotyczącego poświadczenia zgodności dokumentacji z oryginałem, zawartego w treści wniosku, nie ma konieczności dodatkowego poświadczenia dokumentów przez osobę do tego uprawnioną.**
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W przypadku gdy jest to niezbędne, UNIQA TUŃŻ S.A. ma prawo wymagać od Ubezpieczonego/Uprawnionego/Uposażonego dodatkowej dokumentacji, oprócz wskazanej we wniosku.

## Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, iż dokonałem/-am weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Numer wewnętrzny/RAU

  D  D  M  M  R  R  R  R    
Data

Podpis  
Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
2. Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).
3. Prosimy wypełnić w przypadku śmierci w następstwie NW.