



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



Świadczenie z tytułu:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> śmierci | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | <input type="checkbox"/> dziecko |
| <input type="checkbox"/> śmierci w wyniku NW przy pracy | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | | |
| <input type="checkbox"/> śmierci w wyniku NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | <input type="checkbox"/> dziecko |
| <input type="checkbox"/> śmierci w wyniku zawału lub udaru | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | |
| <input type="checkbox"/> śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | |
| <input type="checkbox"/> osierocenia dziecka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | |

Część A – wypełnia Uprawniony/Uposażony

Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego¹

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko, imię

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Przyczyna zgonu²

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroba | <input type="checkbox"/> nieszczęśliwy wypadek | <input type="checkbox"/> wypadek komunikacyjny |
| <input type="checkbox"/> zawał/udar | <input type="checkbox"/> nieszczęśliwy wypadek w pracy | |

Okoliczności i miejsce zgonu (wyczerpująco)

Ubezpieczony w chwili wypadku komunikacyjnego²

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> pieszy | <input type="checkbox"/> rowerzysta | <input type="checkbox"/> pasażer pojazdu silnikowego | <input type="checkbox"/> kierujący pojazdem silnikowym |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok² Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?² Tak Nie

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?² Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego/-ych postępowanie wyjaśniające

Dane Ubezpieczonego/Uposażonego do odbioru świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko	Imię, imiona	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<u>D D M M R R R R</u> Data urodzenia	PESEL	Państwo urodzenia
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)	Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą	
<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<u>D D M M R R R R</u> Data ważności dokumentu	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> komórkowy
_____ Seria i numer dokumentu tożsamości	_____ Telefon	_____ 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.³

Uprawniony: Tak Nie

Forma wypłaty świadczenia²

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałem/-am dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

_____ Miejscowość	<u>D D M M R R R R</u> Data	_____ Podpis Uprawnionego/Uposażonego
----------------------	--------------------------------	--

Oświadczenie

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

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

_____ Miejscowość	<u>D D M M R R R R</u> Data	_____ Podpis Uprawnionego/Uposażonego
----------------------	--------------------------------	--

Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia z tytułu osierocenia dziecka

Nazwisko	Imię, imiona	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<u>D D M M R R R R</u> Data urodzenia	PESEL	Państwo urodzenia
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)	Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą	
<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<u>D D M M R R R R</u> Data ważności dokumentu	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> komórkowy
_____ Seria i numer dokumentu tożsamości	_____ Telefon	_____ Godziny kontaktu
_____ E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)		

Forma wypłaty świadczenia²

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałem/-am dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

Miejscowość

Data

Podpis Uprawnionego/Uposażonego

Oświadczenie⁴

Oświadczam, że ja niżej podpisany/-a legitymujący/-a się dowodem osobistym

Seria i numer dowodu osobistego

PESEL

Państwo urodzenia

Obywatelstwo

polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)

jestem prawnym opiekunem małoletniego dziecka. Ponadto oświadczam, że otrzymałem/-am dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

Nazwisko, imię

Miejscowość

Data

Podpis opiekuna prawnego dziecka

Część B – wypełnia Ubezpieczający¹

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko

Imię

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

był/-a objęty/-a grupowym ubezpieczeniem w UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Data zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

Data ustania zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

Data opłacenia ostatniej składki

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

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Śmierć Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- kserokopia postanowienia sądu w sprawie podziału spadku lub kserokopia aktu poświadczenia dziedziczenia sporządzonego przez notariusza (*w przypadku niewskazania uposażonych przez Ubezpieczonego*)
- kserokopia postanowienia sądu rodzinnego o wyrażeniu zgody na rozporządzenie majątkiem małoletniego dziecka, o ile kwota świadczenia przekracza 10 000 zł
- kserokopia świadectwa pracy

Śmierć Ubezpieczonego w następstwie NW, w następstwie NW przy pracy, w następstwie wypadku komunikacyjnego,

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające
- kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- kserokopia świadectwa pracy

Ważna informacja

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
2. Kserokopie dokumentów niezbędne do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik UNIQA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego).
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

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

DDMMRRRR
Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Nie dotyczy ubezpieczeń indywidualnych.
2. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
3. 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).
4. Dotyczy roszczenia z tytułu osierocenia dziecka w przypadku, gdy dziecko jest małoletnie.