



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

DDMMRRRR
Data

Podpis składającego oświadczenie

Świadczenie z tytułu¹

- | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> pobytu na OIOM/w sanatorium/rekonwalescencji | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka | |
| <input type="checkbox"/> operacji medycznej | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> poważnego zachorowania – katalog chorób zakaźnych | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecko | |
| <input type="checkbox"/> leczenia specjalistycznego | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecko | |
| <input type="checkbox"/> uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | |
| <input type="checkbox"/> uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału/udar | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | |
| <input type="checkbox"/> niezdolności do pracy | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | | |
| <input type="checkbox"/> inwalidztwa | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> świadczenia lekowego ² | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> poważnego trwałego uszczerbku w następstwie NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | | |
| <input type="checkbox"/> Pomoc na Raka | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | | |
| <input type="checkbox"/> inne ³ | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka | |

Część A – wypełnia Ubezpieczony

Dane polisy

_____ Numer polisy _____ Nazwa Ubezpieczającego⁴

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 _____
 _____ E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) _____ Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą _____
 _____ Godziny kontaktu _____

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.⁵

Uprawniony: Tak Nie

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu od do

Przyczyna pobytu w szpitalu¹ Choroba Wypadek

Czy po leczeniu szpitalnym Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał na zwolnieniu lekarskim?¹ Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.

Czy w związku z ww. pobytym w szpitalu Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał na OIOM/OIT/OIOK/OINK?¹ Tak Nie

Czy w związku z ww. pobytym w szpitalu Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał w sanatorium?¹ Tak Nie

Dane dotyczące wypadku⁶

Data wypadku Okoliczności i przyczyna wypadku: _____

Miejsce (adres) wypadku: _____

Czy Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko w chwili wypadku znajdował/znajdowało się pod wpływem alkoholu?¹ Tak Nie

Kto udzielił Ubezpieczonemu/współmałżonkowi/partnerowi/dziecku pomocy po wypadku? _____

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?¹ Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego/-ych postępowanie: _____

Dane dotyczące leczenia

Czy leczenie zostało zakończone?¹ Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona?¹ Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Okres zwolnienia lekarskiego od do

Dane dotyczące operacji medycznej/poważnego zachorowania⁷

Data operacji medycznej/rozpoznania poważnego zachorowania Rodzaj operacji medycznej/poważnego zachorowania _____

Data początku leczenia choroby/urazu Czy operacja/poważne zachorowanie związana(e) jest z chorobą/obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi w trakcie trwania ochrony UNIQA?¹ Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć historie choroby z przebiegu leczenia.

Adresy placówek medycznych, w których leczył się Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany/-e jest Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko.

Dane dotyczące leczenia specjalistycznego⁸

Data leczenia specjalistycznego

Rodzaj leczenia specjalistycznego¹ chemioterapia radioterapia terapia interferonowa
 wszczepienie kardiowertera/defibrylatora wszczepienie rozrusznika serca ablacja
 dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek dializoterapia w ostrej niewydolności nerek
 embolizacja tętniaka tętnic mózgowych leczenie metodą Gamma Knife lub Cyber Knife.

Data rozpoznania i rodzaj choroby w związku z którymi zastosowano leczenie specjalistyczne

Czy leczenie specjalistyczne związane jest z chorobą, która została zdiagnozowana lub względem której prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w trakcie trwania ochrony w UNIQA?¹ Tak Nie
Jeśli nie, należy dołączyć historię choroby z przebiegu leczenia.

Adresy placówek medycznych, w których leczył/-o się Ubezpieczony/dziecko w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany/-e jest Ubezpieczony/dziecko.

Oświadczenia Ubezpiezonego/współmałżonka/partnera/dziecka

Upoważniam UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) do wystąpienia do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, obejmujących informacje o:

- 1) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
 - 2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - 4) przyczynie mojej śmierci,
- z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, wymienionych powyżej informacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo),

moich danych o stanie zdrowia zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w tym także danych ujawnionych Towarzystwu w okresie obowiązywania i wykonywania umowy ubezpieczenia, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym w celu realizacji świadczeń ubezpieczeniowych, oraz na udostępnienie przez Towarzystwo tych danych Partnerowi Medycznemu do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych otrzymałem/-am dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

W przypadku gdy wniosek dotyczy rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego dziecka, wyrażenia „mi”, „mnie”, „moje” w odniesieniu do danych osobowych należy odnosić do danych osobowych dziecka.

Data i podpis Ubezpiezonego/współmałżonka/partnera/pełnoletniego dziecka, a w przypadku dziecka niepełnoletniego – podpis jego rodzica/opiekuna prawnego (w imieniu dziecka)

Forma wypłaty świadczenia¹

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy (Towarzystwo dokonuje potrącenia kosztu opłaty pocztowej z wypłacanej kwoty)

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

DD MM RRRR
Data

Podpis Ubezpiezonego

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.

Miejscowość

DD MM RRRR
Data

Podpis Ubezpiezonego

Część B – wypełnia Ubezpieczający⁴

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko, imię

PESEL

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

DD MM RRRR
Data zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

DD MM RRRR
Data ustania zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

DD MM RRRR
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

DD MM RRRR
Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- karta informacyjna z pobytu w szpitalu
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu po wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Dodatkowo, jeżeli Ubezpieczony/współmałżonek/partner posiada zakres ochrony rozszerzony o:

- OIOM – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki medycznej
- OIT – karta leczenia z oddziału intensywnej terapii
- OIOK – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki kardiologicznej
- OINK – karta leczenia z oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego
- rekonwalescencję – kserokopia druków zwolnień lekarskich
- sanatorium – kserokopia karty informacyjnej z pobytu w sanatorium
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Operacje medyczne Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia skierowania na zabieg operacyjny
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- dodatkowo, w przypadku gdy karta leczenia szpitalnego nie określa w jednoznaczny sposób wykonania operacji objętych ochroną ubezpieczeniową, dokumenty w postaci: historii choroby z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg operacyjny, wyniki konsultacji specjalistycznych z zakresu przeprowadzanej operacji itp.
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzącej postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG)
- wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- zaświadczenia lekarskie dotyczące rodziców dziecka, u którego zdiagnozowano cukrzycę, potwierdzające czy są lub nie diabetykami
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego/dziecka

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna potwierdzająca leczenie specjalistyczne
- dokumentacja medyczna z rozpoznania choroby w związku z którą zastosowano leczenie specjalistyczne-historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG), wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera w następstwie NW, NW przy pracy

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji

- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu po wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu po wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera wskutek zawału serca lub udaru

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań itp.
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dodatkowa dokumentacja potwierdzająca:
 - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucje zawału, wyniki badania krwi z poziomem markerów enzymatycznych w surowicy krwi
 - udar mózgu: badanie specjalisty neurologa, wyniki tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, obrazujące zakres powstałego deficytu (nie wcześniejsze jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności po przebytych zawałach lub udarach, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Niezdolność Ubezpieczonego do pracy

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem oraz kserokopie zwolnień lekarskich potwierdzających okres niezdolności do pracy, trwający przez 12 miesięcy
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o całkowitej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu po wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.) w przypadku niezdolności do pracy w wyniku NW, NW przy pracy
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego wraz z kserokopią zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej hospitalizacją
- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu leczenia oraz kserokopia zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Inwalidztwo Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem

- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości inwalidztwa lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera *(jeśli dotyczy)*
- aktualny odpis aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia *(jeśli dotyczy)*
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Poważny trwały uszczerbek w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Pomoc na Raka

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna potwierdzająca leczenie specjalistyczne (operacja medyczna, cykle chemioterapii, cykle radioterapii)
- dokumentacja medyczna z rozpoznania choroby, w związku z którą zastosowano leczenie specjalistyczne
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG), wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka *(jeśli dotyczy)*
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Inne

- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

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 własnoręcznie podpisy 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. Wniosek będzie rozpatrzony tylko i wyłącznie z jednoczesnym zgłoszeniem wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu operacji medycznej, poważnego zachorowania i pobytu w szpitalu trwającego minimum 10 dni.
3. Wypełnia uprawniony w przypadku zgłoszenia innego zdarzenia niż wyszczególnione w niniejszym wniosku.
4. Nie dotyczy ubezpieczenia indywidualnego.
5. 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).
6. Prosimy wypełnić w przypadku, gdy zdarzenie było spowodowane wypadkiem.
7. Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu operacji medycznej/poważnego zachorowania.
8. Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu leczenia specjalistycznego.