



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



Decyzję otrzymasz **nawet w 24 h**



Status zgłoszenia **sprawdzisz online**

Wniosek o wypłatę świadczenia

Wniosek

Kod dokumentu: 174_0421U

Świadczenie z tytułu¹

- urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu urodzenia się dziecka wymagającego leczenia urodzenia się martwego noworodka

Dane polisy

Numer polisy

Dane Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Nazwisko _____ Imię, imiona _____

Data urodzenia _____ PESEL _____ Płeć kobieta mężczyzna
Obywatelstwo _____
 polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

 dowód osobisty paszport karta pobytu _____ stacjonarny komórkowy _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Data ważności dokumentu _____ 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.²

Uprawniony: Tak Nie

Dane dotyczące urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu

Data porodu _____ Adres szpitala, w którym odbył się poród _____

Dane dotyczące urodzenia się dziecka wymagającego leczenia¹:

- urodzonego jako wcześniak urodzonego z wadą wrodzoną
 które przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar które przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar

Forma wypłaty świadczenia¹

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczenia

- 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 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 rozumieniu kodeksu karnego.

Miejscowość _____

DDMMRRRR
Data

Podpis Ubezpieczonego

- 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.

Miejscowość _____

DDMMRRRR
Data

Podpis Ubezpieczonego

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

Tak Nie

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

Miejscowość _____

DDMMRRRR
Data

Podpis Ubezpieczonego

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

Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu

- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonemu
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Urodzenie się martwego noworodka Ubezpieczonemu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia się martwego noworodka
- akt urodzenia się martwego noworodka
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- karta informacyjna leczenia szpitalnego

Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia

- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonemu
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia porodu
- wyniki badań biochemicznych lub okresowych po upływie 3 miesięcy od daty urodzenia (dziecko z wadą wrodzoną)
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia zawierająca opis stanu zdrowia po upływie 2 tygodni od dnia porodu (wcześniak)
- kopia książeczki zdrowia dziecka z wpisanym pomiarem w skali Apgar po urodzeniu dziecka (dziecko, które przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar)

Ważne informacje

- Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kopii.
- Kopie dokumentów niezbędnych 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). **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.**
- Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- W przypadku gdy jest to niezbędne, UNIQA TUnŻ 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

DDMMRRRR
Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

- Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
- 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).