

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „TWOJA OCHRONA”

Seria i numer polisy	
-----------------------------	--

UBEZPIECZAJĄCY			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Obywatelstwo	
Płeć		Nazwisko panięskie matki	
Adres e-mail			
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
UBEZPIECZAJĄCY			
Nazwa przedsiębiorstwa		KRS lub nr wpisu do ewidencji przedsiębiorstwa	
REGON przedsiębiorstwa		NIP przedsiębiorstwa	
Adres e-mail			
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres siedziby przedsiębiorstwa			
Adres do korespondencji przedsiębiorstwa			
UBEZPIECZONY GŁÓWNY			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Adres e-mail	
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
PARTNER			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Adres e-mail	
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 1			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panięskie matki	

PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 2			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panieńskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 3			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Obywatelstwo		Nazwisko panieńskie matki	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			

OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA UBEZPIECZONEGO	
Data i miejsce Zdarzenia Ubezpieczeniowego	
Przyczyna i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
Nazwa i adres przychodni lub lekarza rodzinnego Ubezpieczonego	

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Obywatelstwo	
Seria i nr dowodu osobistego (paszportu dla obcokrajowców)		Rodzaj dokumentu tożsamości	
Adres e-mail			
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY	
Rodzaj Zdarzenia ubezpieczeniowego:	
<input type="checkbox"/>	<u>świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu.</u>
<input type="checkbox"/>	<u>świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku.</u>
<input type="checkbox"/>	<u>świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.</u>
<input type="checkbox"/>	<u>dzienne świadczenie szpitalne.</u>
<input type="checkbox"/>	<u>zwrot kosztów rehabilitacji.</u>

Do zgłoszenia dołączono:

- odpis aktu Zgonu Ubezpieczonego,
- zaświadczenie lekarskie o przyczynie Zgonu Ubezpieczonego lub karta zgonu,
- dokument tożsamości Uprawnionego (Uprawnionych),
- dokumenty stwierdzające okoliczności zdarzenia (np. protokół policji, raport Policji lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, postanowienia prokuratury – kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez organ sporządzający),
- kserokopię dokumentu tożsamości Uprawnionego (Uprawnionych),
- dokumenty potwierdzające zmianę danych osobowych Uprawnionego do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego (imię, nazwisko – np. odpis skrócony aktu małżeństwa) – jeżeli miała miejsce zmiana danych osobowych Uprawnionego,
- dokumenty potwierdzające zmianę danych osobowych Ubezpieczonego, jeżeli taka zmiana miała miejsce przed wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego.
-

1. Ja niżej podpisany(-na) zgłaszam roszczenie wypłaty z tytułu *ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona”*.
2. Niniejszym wyrażam zgodę, aby pisemne oświadczenie lekarzy, którzy leczyli ubezpieczonego i opiekowali się nim oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji.

(data, miejscowość)

(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)

3. Niniejszym wyrażam zgodę, na podstawie art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych w każdy sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia i jego realizacji na warunkach określonych w *OWU następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona”*.
4. Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym, że:
 - 1) administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu,
 - 2) moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z rozpatrzeniem roszczenia i jego realizacją na warunkach określonych w *OWU następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona”*,
 - 3) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
 - 4) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do rozpatrzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. roszczenia na warunkach określonych w *OWU następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona”*.
5. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji drogą elektroniczną na mój adres e-mail podany powyżej.

(data, miejscowość)

(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)