

Świadczenie z tytułu*

- uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane NW/oparzenia, odmrożenia/pogryzienie przez psa
- śmierć współmałżonka Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
- utrata zębów stałych u Ubezpieczonego spowodowana NW
- osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW
- wstrząśnienie mózgu u Ubezpieczonego spowodowane NW
- niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW
- pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem
- zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego w wyniku NW
- wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania
- zwrot kosztów nabycia protez i środków pomocniczych Ubezpieczonego w wyniku NW
- zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych NW
- zwrot kosztów leczenia stomatologicznego
- zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego w wyniku NW
- śmierć Ubezpieczonego spowodowana NW/zawałem serca lub udarem mózgu
- inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem
- śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym
- całkowite i trwałe inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem
- śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana NW
- operacja medyczna Ubezpieczonego

1 Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczętka)

2 Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Telefon kontaktowy

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Miejscowość

_____-_____
Kod pocztowy

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Miejscowość

_____-_____
Kod pocztowy

3 Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)

Oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim/małoletnią sprawują aktualnie następujące osoby:

Nazwisko i imię opiekuna prawnego

Stopień pokrewieństwa

Telefon kontaktowy

PESEL opiekuna

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

Adres zamieszkania

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Miejscowość

_____-_____
Kod pocztowy

4 Dane Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego do odbioru świadczenia

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)

5 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.***

Uprawniony: Tak Nie

6 Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego*

Data wypadku

Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego/Współmałżonek**

pieszy rowerzysta pasażer pojazdu silnikowego kierujący pojazdem silnikowym

Rodzaj wypadku: wypadek w pracy/w szkole wypadek komunikacyjny wypadek w domu inny

Okoliczności i miejsce wypadku: _____

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego był sprawcą wypadku?* Tak Nie

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu?* Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół sporządzony przez Ubezpieczonego?* Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu.

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie:

7 Dane dotyczące leczenia*

leczenie obrażeń ciała po wypadku leczenie poważnego zachorowania leczenie operacyjne pobyt w szpitalu

Data operacji medycznej/rozpoznania poważnego zachorowania

Data operacji medycznej/poważnego zachorowania

Rodzaj operacji medycznej/poważnego zachorowania

Data pobytu w szpitalu

od _____ do _____

Przyczyna pobytu w szpitalu choroba wypadek

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/wystąpieniu choroby

Data leczenia

1) od _____ do _____

2) od _____ do _____

3) od _____ do _____

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia _____

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia _____

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego/rodzica, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany/-a jest Pan/Pani obecnie, a także był/-a poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku:

8 Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego /rodzica Ubezpieczonego/współmałżonka*

Data zgonu

Przyczyna zgonu

choroba wypadek inne

Okoliczności i miejsce zgonu: _____

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok? *Jeżeli tak, prosimy dołączyć jej wynik.*

Tak Nie

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?

Tak Nie

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie: _____

9 Oświadczenia Ubezpieczonego /rodzica/opiekuna prawnego

Upoważniam UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („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 działalno-

ści 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 S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („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

Podpis Ubezpieczonego /pełnoletniego dziecka, a w przypadku dziecka niepełnoletniego – podpis jego rodzica/opiekuna prawnego (w imieniu dziecka)

10 Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel konta

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer konta

Przekaz pocztowy

Adres

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

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

11 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 Towarzystwo Ubezpieczeń 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.

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

Data

Miejscowość

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała spowodowane NW/Pogryzienie przez psa/ Oparzenia, odmrożenia/Utrata zębów stałych/Wstrząśnienie mózgu/Zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji /niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW/zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego w wyniku NW/zwrot kosztów nabycia protez Ubezpieczonego w wyniku NW/zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku NW/inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie polisy bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopie dokumentów: protokołu powypadkowego (sporządzonego np. przez Ubezpieczającego), protokołu policyjnego lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kierowcą pojazdu
- dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala potwierdzająca udzielenie pierwszej pomocy i przebieg leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- kserokopia orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (w przypadku zwrotu kosztów przekwalifikowania zawodowego)
- rachunki bądź faktury (w przypadku nabycia środków pomocniczych / poniesionych kosztów leczenia i rehabilitacji / kosztów przekwalifikowania zawodowego)

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Ubezpieczonego z placówki medycznej, w której Ubezpieczony był leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)

Wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG)
- kserokopia wyniku badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Zwrot kosztów leczenia stomatologicznego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- oryginały rachunków bądź faktur za leczenie stomatologiczne
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzająca przebieg leczenia

Śmierć Ubezpieczonego spowodowana NW/zawałem serca lub udarem mózgu/ wypadkiem komunikacyjnym

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawionych
- kserokopia odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Śmierć rodziców Ubezpieczonego spowodowana NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu urodzenia ubezpieczonego dziecka
- kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny

Operacje medyczne Ubezpieczonego

- 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 powypadkowego, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzących postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia skróconego odpisu aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby, która pokryła koszty pogrzebu
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony był kierowcą pojazdu
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu

- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawnionych
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony był kierowcą pojazdu
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzająca całkowite trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia, będące przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których rodzic Ubezpieczonego był zarejestrowany i leczony
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Całkowite i trwałe inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę ubezpieczeniową poszkodowanego

Ważne informacje

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
2. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
3. W przypadku gdy jest to niezbędne, UNIQA TU 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

Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Niepotrzebne skreślić.

*** 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).