

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
Dotyczy Terminowego Ubezpieczenia na Życie dla Klientów BGŻ S.A.

NUMERY POLIS

NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO

IMIĘ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DANE UPRAWNIONEGO, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO

IMIĘ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ULICA

NR DOMU

NR MIESZK.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES EMAIL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TYP ROSZCZENIA (PROSIMY ZAZNACZYĆ „X” WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANEGO UBEZPIECZENIA)

- ŚMIERĆ
- ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO
- KALECTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

DATA I GODZINA ZDARZENIA

W DNIU , O GODZINIE . : .

POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:

PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

<input type="text"/>

DATA PODPISANIA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

MIEJSCE PODPISANIA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PUNKTY OD 1 DO 10 NALEŻY WYPEŁNIĆ, W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO, KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. MIEJSCE ZDARZENIA ADRES, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ:

2. PRZYCZYNA:

3. CZY BYŁ SPORZĄDZONY PROTOKÓŁ BHP, KARTA WYPADKU ITP.?

TAK* NIE

4. CZY BYŁO PROWADZONE POSTĘPOWANIE PRZEZ POLICJĘ LUB PROKURATURĘ?

TAK* NIE

5. CZY BYŁO WZYWANE POGOTOWIE RATUNKOWE?

TAK* NIE

*JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIĘ DOKUMENTACJI LUB ADRESY ORAZ NUMERY SPRAW.

6. CZY LECZENIE (RÓWNIEŻ REHABILITACYJNE) PO WYPADKU ZOSTAŁO JUŻ ZAKOŃCZONE?

TAK* NIE*

*JEŻELI TAK PROSIMY O PODANIE DATY ZAKOŃCZENIA LECZENIA:

..

*JEŻELI NIE PROSIMY O OPIS PROWADZONEGO BĄDŹ PLANOWANEGO LECZENIA:

7. DOTYCZY KOŃCZYN GÓRNYCH - ZDARZENIE DOTYCZYŁO STRONY:

DOMINUJĄCEJ NIEDOMINUJĄCEJ

8. CZY ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE W PRACY? TAK NIE , CZY SPORZĄDZANO PROT. BHP, KARTĘ WYPADKU ITP? TAK* NIE

9. KTO I GDZIE UDZIELAŁ POSZKODOWANEMU PIERWSZEJ POMOCY (JEŻELI PIERWSZEJ POMOCY UDZIELAŁ LEKARZ, PROSIMY O DOŁĄCZENIE KSEROKOPII KARTY INFORMACYJNEJ LUB PODANIE NAZWY I ADRESU PLACÓWKI)?

ŚMIERĆ WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

10. PROSIMY O PODANIE NAZW ORAZ ADRESÓW PLACÓWEK MEDYCZNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, POD KTÓRYCH OPIEKĄ POSZKODOWANY POZOSTAWAŁ PRZED UBEZPIECZENIEM ORAZ PRZED ZDARZENIEM.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ PRAWDZIWE, ZGODNE Z MOJĄ WIEDZĄ I ZOSTAŁY PRZEKAZANE W DOBREJ WIERZE

DATA PODPISANIA

..

MIEJSCE PODPISANIA

Informujemy że istnieje możliwość przekazywania bezpośrednich informacji dotyczących rozpatrywanego roszczenia w formie e-mail lub sms, dzięki czemu Towarzystwo może szybko i na bieżąco informować o podjętych decyzjach. Wskazanie poniżej adresu e-mail lub podanie numeru telefonu komórkowego oznacza zgodę na przesyłanie informacji dotyczących roszczenia na podany adres e-mail lub numer telefonu. Informacje przesłane na te adresy będą uważane za doręczone.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE WSZYSTKICH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZGŁOSZONEGO PRZEZE MNIE ROSZCZENIA W FORMIE

POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA ADRES E-MAIL

WIADOMOŚCI TEKSTOWEJ SMS NA NR TELEFONU KOMÓRKOWEGO

CZYTELNY PODPIS UPOSAŻONEGO

DATA PODPISANIA

MIEJSCE PODPISANIA

WYMAGANE DOKUMENTY

- oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia odpisu skróconego aktu zgonu
- kopia karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego oraz, w stosunku do Uprawnionych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, jego opiekuna prawnego
- w przypadku nieszczęśliwego wypadku - kopia dokumentu wyjaśniającego okoliczności i przyczynę zdarzenia, to jest protokołu wypadkowego, protokołu BHP, notatki służbowej Policji oraz postanowienia Prokuratury lub podanie adresu oraz numeru sprawy placówki prowadzącej postępowanie
- w stosunku do Uprawnionych małoletnich, gdy opiekunem prawnym nie jest rodzic - kopia prawomocnego postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora
- inne dokumenty indywidualnie wskazane przez pracownika odpowiedzialnego za rozpatrzenie roszczenia

W przypadku zlecenia wypłaty świadczenia na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawnionego, obligatoryjnie powinno być ono poświadczane notarialnie za własnoręczność podpisu.

Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filiach, Oddziałach oraz Przedstawicielstwach Towarzystwa, notariusz oraz jednostki samorządu terytorialnego (Urząd Gminy, Urząd Miasta), Doradcy w Oddziałach Banku BGŻ BNP Paribas S.A.

Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku - przez polską placówkę dyplomatyczną.