



## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

1. Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)	2. Nr roszczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego	4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)	6. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

8. Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia

<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym
<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	<input type="checkbox"/> osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> inne

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

9. Data zgonu (DD:MM:RRRR)	10. Wyciąg z aktu zgonu nr	11. Data wystawienia aktu zgonu	12. Wystawiający akt zgonu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Inne:

14. Proszę określić przyczynę zgonu Ubezpieczonego oraz imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których zmarły się leczył, a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Ubezpieczony się leczył.  
W przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku proszę dodatkowo podać:  
1) datę, godzinę i miejsce wypadku,  
2) okoliczności wypadku,  
3) nazwiska i adresy świadków wypadku.

  
  
  
  
  
  
  


(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

15. Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?\*

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Jeżeli tak, proszę podać adres policji
<input type="text"/>		

\*wypełnić w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku



EHZ01020063041010

