UNIVERSUM
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Spółka Akcyjna

Adres:
00-195 Warszawa, ul. Słomińskiego 19 lok 515
tel. (0-22) 536-19-00, fax. 536-19-01

ZGŁOSZENIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

Grupowe ubezpieczenie na życie „UNIRODZINA"

NR ROSZCZENIA : ⌊ ⌊ ⌊ . ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊

• ***CZĘŚĆ A:*** *WYPEŁNIA UBEZPIECZONY*

POLISA NR_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dane ubezpieczonego **PESEL** ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊

Imię_ **Nazwisko** _

Adres zamieszkania: ..... ⌊ ⌊ - ⌊ ⌊ ⌊ .....
(ulica, nr domu, nr mieszkania) kod miejscowość

Adres korespondencyjny: ..... ⌊ ⌊ - ⌊ ⌊ ⌊ .....
(ulica, nr domu, nr mieszkania) kod miejscowość

numer telefonu ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊

DANE DOTYCZĄCE OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

Data wypadku ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ godz. ⌊ ⌊ : ⌊ ⌊ **miejsce wypadku**.....
rok m-c dzień

Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (wyczerpująco)

Czy wypadek powstał wskutek:*

☐ umyślnego przyczynienia się do wypadku lub spowodowania go przez ubezpieczonego, uposażonego lub inną osobę uprawnioną,

☐ usiłowania lub popełnienia przestępstwa,

☐ usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa,

☐ spożycia prze ubezpieczonego alkoholu bądź użycia narkotyków lub innych środków odurzających,

☐ prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub prowadzenia pojazdu przez ubezpieczonego bez odpowiedniego prawa jazdy lub innego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu (określonych w kodeksie drogowym), chyba że chodziło o ratowanie życia ludzkiego,

☐ działań wojennych,

☐ czynnego udziału ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wewnętrznych zamieszkach i rozruchach ,

☐ uszkodzenie ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi poza kontrolą lekarza lub innej osoby uprawnionej do ich wykonywania.

Świadkowie wypadku (imię, nazwisko, adres i podpis świadka)	Jeżeli ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy – podać nr i kat. prawa jazdy

Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałam (em) zgodnie z prawdą. Należne mi świadczenie * ☐ odbiorę w kasie, ☐ proszę przekazać pocztą na mój adres pocztowy ☐ proszę przekazać na mój rachunek bankowy w ..... nazwa i siedziba banku nr.....	Dane zgodne z dowodem tożsamości: ..... nr i seria ..... pieczątka i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

W załączeniu**
1) ....,dnia.....
2) ..... miejscowość
3) .....
4) ....
czytelny podpis ubezpieczonego

* odpowiednie zakreślić ** odpowiednie wpisać,

• ***CZĘŚĆ B*** *WYPEŁNIA LEKARZ*

Wstępne Orzeczenie lekarskie	1. Data i godzina przyjęcia ubezpieczonego do leczenia (badania) bezpośrednio po wypadku ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ rok m-c dzień **godz.** ⌊⌊:⌊⌊
2. Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem (po polsku)	
3. Nazwa zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł) się po wypadku:	
4. Przewidywany okres leczenia szpitalnego ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ rok m-c dzień rok m-c dzień	5. Kiedy należy skierować poszkodowanego na badania końcowe ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ rok m-c dzień
....., dnia ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ..... miejscowość dzień m-c rok pieczątka i podpis lekarza	

• ***CZĘŚĆ C****: WYPEŁNIA OSOBA POTWIERDZAJĄCA UBEZPIECZENIE*

Potwierdza się, że .....PESEL ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊
imię i nazwisko

jest objęty grupowym ubezpieczeniem na życie „UNIRODZINA" w UNIVERSUM –ŻYCIE TU S.A.

Początek odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego: ⌊⌊ ..... ⌊⌊⌊⌊ roku
miesiąc słownie

Suma ubezpieczenia ⌊⌊ ⌊⌊⌊ zł, słownie złotych:.....

Składka miesięczna ⌊⌊,⌊⌊ zł, słownie złotych:.....

Ostatnią składkę opłacono w dniu ⌊⌊ .....⌊⌊⌊⌊ roku, za miesiąc.....⌊⌊⌊⌊ r.
miesiąc słownie słownie

Jeżeli w okresie ostatnich trzech miesięcy składki były opłacane nieterminowo lub nieregularnie – nie co miesiąc – należy załączyć wykaz zawierający daty, wysokości i sposób dokonywanych wpłat.

..... miejscowość, dnia ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ dzień m-c rok

..... pieczątka i podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie

• ***CZĘŚĆ D****: WYPEŁNIA OSOBA ROZPATRUJĄCA ROSZCZENIE*

OPERAT ROSZCZENIA

1) *Czy suma ubezpieczenia odpowiada aktualnej umowie ubezpieczenia?***

☐ **T** – *Tak* **N** – *Nie*

2) *Czy w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie szczególne warunki ubezpieczenia?***

☐ **T** – *Tak* **N** – *Nie*

3) *Czy w chwili wypadku była odpowiedzialność UNIVERSUM – ŻYCIE TU S.A.?***

☐ **T** – Tak **N** - Nie

Na podstawie niniejszego zgłoszenia stwierdza się, że:

1) świadczenie w przypadku trwałego uszczerbku może być wypłacone na podstawie: §.....Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia „RODZINA" oraz Taryfy składek nr.....za grupowe ubezpieczenia na życie „UNIRODZINA".

Panu (Pani) .....

Suma ubezpieczenia ⌊⌊ ⌊⌊⌊ zł, słownie złotych:.....

stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ⌊⌊⌊ %

kwota świadczenia

⌊⌊⌊ % x.....x ⌊⌊ ⌊⌊⌊ zł = ⌊⌊ ⌊⌊⌊,⌊⌊ zł
stopień trwałego uszczerbku; suma ubezpieczenia; kwota świadczenia

Kwota do wypłaty tego operatu ⌊⌊ ⌊⌊⌊,⌊⌊ zł

Kwota składki do potrącenia ⌊⌊,⌊⌊ zł

Kwota wypłacona w dniu ..... ⌊⌊ ⌊⌊⌊,⌊⌊ zł

Kwota należna do wypłaty ⌊⌊ ⌊⌊⌊,⌊⌊ zł

2) roszczenie o wypłatę świadczenia kwalifikuje się do odmowy z powodu .....
.....
.....

Sporządził, dnia ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ dzień m-c rok

..... pieczątka i podpis pracownika

Sprawdził, dnia ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ dzień m-c rok

..... pieczątka i podpis pracownika

Zatwierdzam świadczenie do wypłaty wysokości ⌊⌊ ⌊⌊⌊,⌊⌊ zł
Słownie złotych:.....

dnia ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ dzień m-c rok

..... pieczątka i podpis

* odpowiednie zakreślić ** odpowiednie wpisać