



GRUPOWE UBEZPIECZENIE NNW dla abonentów TP SA

FORMULARZ ZGŁOSZENIA:

- ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NNW
 ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO
 ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU LOTNICZEGO

(prosimy zaznaczyć jeden z w/w 3 wariantów)

I. DANE UBEZPIECZONEGO		Numer abonenta	
Nazwisko ubezpieczonego			
Pierwsze imię		Drugie imię	
PESEL		Data urodzenia	

II. DANE UPOSAŻONEGO			
Nazwisko		Imię	
PESEL		Data urodzenia	
Adres do korespondencji		Kod pocztowy	Poczta
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj	Polska
Telefon kontaktowy		E-mail	

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE			
Nazwisko		Imię	
PESEL		Data urodzenia	
Adres do korespondencji		Kod pocztowy	Poczta
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj	Polska
Telefon kontaktowy		E-mail	

IV. INFORMACJE O ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO	
Data i miejsce (kraj) śmierci oraz data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego lub wypadku lotniczego)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
Dane jednostki policji, prokuratury lub innej jednostki, która prowadzi postępowanie w sprawie (nr sprawy, sygnatura akt)	
Krótki opis przyczyn i przebiegu wypadku	

V. ZAŁĄCZNIKI
ŚMIERĆ: <input type="checkbox"/> akt zgonu (do wglądu oryginał) <input type="checkbox"/> karta statystyczna zgonu (do wglądu oryginał) <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci <input type="checkbox"/> inna dokumentacja potwierdzająca śmierć <input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego (np. raport z policji, jeżeli zgłaszający roszczenie taki dokument posiada) <input type="checkbox"/> dokument stwierdzający tożsamość uposażonego albo w przypadku braku uposażonego, gdy wypłata świadczenia ma nastąpić na rzecz osób wskazanych w § 10 ust. 4 OWU – dokumenty stanu cywilnego potwierdzające fakt małżeństwa lub pokrewieństwa z ubezpieczonym lub dokumenty potwierdzające fakt sprawowania opieki nad ubezpieczonym na dzień jego śmierci <input type="checkbox"/> inne (proszę wymienić jakie)

