



## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Rodzaj choroby / uszkodzenia ciała

Data wypadku / zachorowania

Miejsce wypadku / zachorowania

Okres niezdolności do pracy / pobytu w szpitalu

Opis zdarzenia (przyczyna i przebieg wypadku)

Lekarze / placówki medyczne, w których Ubezpieczony / Dziecko Ubezpieczonego był/o badany/e lub leczony/e w związku ze zgłaszanym zdarzeniem

Lekarz pierwszego kontaktu (imię, nazwisko oraz placówka, w której przyjmuje)

Czy leczenie i rehabilitacja zostały zakończone?

Tak  Nie

Czy Ubezpieczony w trakcie wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych?

Tak  Nie

Czy w sprawie zdarzenia toczy się postępowanie wyjaśniające, prowadzone przez Policję, prokuraturę, sąd?

Tak  Nie

Jeśli tak, proszę dołączyć posiadane dokumenty, a także podać, które jednostki Policji i prokuratury oraz który sąd prowadzi sprawę, a także jakie są numery sprawy

Jeśli zdarzeniem jest śmierć Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego, czy wykonano sekcję zwłok?

Tak  Nie

Jeśli tak, proszę dołączyć jej wynik

### DANE DOTYCZĄCE WYPŁATY ŚWIADCZENIA (proszę zaznaczyć odpowiednie pola)

#### Metoda wypłaty świadczenia:

Jednorazowa wypłata całej sumy ubezpieczenia

Wpłaty regularne (renta)

Nie dotyczy umów: ADD, DDR, HIR, OWP, AWP, PDA

#### Sposób wypłaty:

Przekazaniem pocztowym na adres:

Przelewem na rachunek nr:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

### OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi oraz informacje zawarte we wniosku są wyczerpujące, prawdziwe i prawidłowo zapisane.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Zgadzam się na to, aby Pramerica Życie TUIR SA przekazała te dane za granicę firmie reasekuracyjnej, jeżeli będzie to wymagane w związku z warunkami reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych Pramerica Życie TUIR SA. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Pramerica Życie TUIR SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 23, 00-854 Warszawa, o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, a także o dobrowolności ich podania. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż dane osobowe podane w niniejszym wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z obowiązkami nałożonymi na zakłady ubezpieczeń w rozdziale 3 ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. z 2010 r., poz. 46, nr 276 j.t.).

#### Dotyczy Ubezpieczonego/Dziecka Ubezpieczonego:

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Pramerica Życie TUIR SA do podmiotów, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji (w tym kopii dokumentacji medycznej) o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także o udzielenie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

### PODPISY

Miejscowość

Data

Numer Agenta

  
Czytelny podpis Uprawnionego  
Czytelny podpis  
Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego  
Czytelny podpis Zgłaszającego  
Podpis Agenta Ubezpieczeniowego

## DOKUMENTY, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO WNIOSKU W PRZYPADKU:

### Śmierci Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego (umowa podstawowa, ADD, CR):

- oryginał odpisu skróconego aktu zgonu,
- karta statystyczna do karty zgonu / zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Uprawniony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Uprawnionego,
- aktualny odpis z KRS / zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja dotycząca wypadku (jeśli przyczyną zgonu był wypadek),
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych,
- inne .....

### Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (ADD):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego,
- aktualny odpis z KRS / zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja dotycząca wypadku,
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych,
- kwestionariusz medyczny dotyczący ADD.

### Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego (LNB, CR):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego,
- aktualny odpis z KRS / zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja dotycząca wypadku (jeśli przyczyną choroby śmiertelnej był wypadek),
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych,
- kwestionariusz medyczny dotyczący LNB.

### Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego (TPD, CR):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego,
- aktualny odpis z KRS / zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja dotycząca wypadku (jeśli przyczyną trwałego i całkowitego inwalidztwa był wypadek)
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych,
- kwestionariusz medyczny dotyczący TPD.

### Poważnego zachorowania Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego (DDR):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego / Dziecka Ubezpieczonego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego,
- aktualny odpis z KRS / zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja dotycząca wypadku (jeśli przyczyną poważnego zachorowania był wypadek),
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych,
- kwestionariusz medyczny dotyczący DDR.

#### Uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku (PDA):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego,

#### Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (HIR):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego,
- aktualny odpis z KRS / zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,

#### Osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego w umowie końca okresu ubezpieczenia:

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,

#### Długotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy (OWP/WMD):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego i Ubezpieczającego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony / Ubezpieczający) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego / Ubezpieczającego,
- orzeczenie lekarskie o niezdolności do pracy,
- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,

#### Częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego (AWP):

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego i Ubezpieczającego,
- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony / Ubezpieczający) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego / Ubezpieczającego,

- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna potwierdzająca zakończenie leczenia i rehabilitacji, z opisem aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego.

- dokumentacja medyczna dotycząca pobytu w szpitalu; jeśli Ubezpieczony był hospitalizowany w kilku placówkach, konieczne jest dostarczenie dokumentacji medycznej ze wszystkich placówek,
- dokumentacja dotycząca wypadku (jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był wypadkiem),
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych.

- potwierdzona kopia dokumentu tożsamości Zgłaszającego (jeśli jest osobą inną niż Ubezpieczony) oraz dokument będący podstawą do reprezentowania Ubezpieczonego.

- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja dotycząca wypadku (jeśli przyczyną długotrwałej niezdolności do pracy był wypadek),
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych,
- oświadczenie Ubezpieczonego o wykształceniu i doświadczeniu zawodowym,
- oświadczenie Ubezpieczonego dotyczące zakresu czynności w ramach obecnie wykonywanej pracy,
- kwestionariusz medyczny dotyczący OWP.

- dokumenty sporządzone przez Policję, prokuraturę lub sąd dotyczące zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja medyczna dotycząca zgłaszanego zdarzenia,
- dokumentacja dotycząca wypadku (jeśli przyczyną inwalidztwa był wypadek),
- legitymacja ubezpieczeniowa ZUS, książeczka usług medycznych,
- kwestionariusz medyczny dotyczący AWP.

**Dokumenty konieczne do ustalenia odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA muszą być dostarczone w oryginałach, urzędowych odpisach lub kopiach poświadczonych przez Pramerica Życie TUIR SA na podstawie oryginału. Pramerica Życie TUIR SA zastrzega sobie prawo żądania innych dokumentów i informacji, jeżeli wymaga tego charakter sprawy i konieczność dokonania ustaleń faktycznych.**

Pramerica Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA, al. Jana Pawła II 23, 00-854 Warszawa  
tel. +48 22 329 30 00, fax +48 22 329 30 10, bezpłatna infolinia: 800 33 55 33, www.pramerica.pl