Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego

Dokumentacja zgonu
CL C-01

Oświadczenie Zgłaszającego / Spadkobiercy / Uposażonego

Numer Polisy

Numer umowy z Instytucją Finansową / Bankiem

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

Ostatnie miejsce zameldowania

Data urodzenia D D M M R R

Data zgonu D D M M R R

Miejsce zgonu (nazwa placówki, adres)

1. Przyczyna zgonu.

2. Daty wystąpienia pierwszych objawów choroby będącej przyczyną zgonu lub data i okoliczności wypadku.

3. Prosimy wymienić nazwisko lekarza lub/oraz nazwy placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w okresie ostatnich trzech lat.

Nazwisko / Placówka

Adres

Data od do

Przyczyna

4. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

Imię i nazwisko Zgłaszającego / Spadkobiercy / Uposażonego

PESEL

Numer dowodu osobistego*

Telefon kontaktowy Zgłaszającego / Spadkobiercy / Uposażonego

Adres korespondencyjny Zgłaszającego / Spadkobiercy / Uposażonego

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

*Na potwierdzenie prosimy o załączenie kopii dokumentu tożsamości.

Dyspozycja przekazania przyznanego świadczenia

W związku z przysługującą mi kwotą świadczenia z tytułu zawartej z Amplico Life S.A. Umowy ubezpieczenia, proszę o przekazanie należnej mi kwoty:

a) przelewem na wskazany numer konta

Nazwa banku

Numer rachunku bankowego

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Adres właściciela rachunku

b) przekazem pocztowym na wskazany adres

Nazwisko i imię

Adres

W przypadku braku wypełnionej Dyspozycji świadczenie zostanie wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji podany Towarzystwu.

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą odpowiedzi na powyższe pytania są prawdziwe i wyczerpujące.

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie informacji identyfikacyjnych i teleadresowych przez spółki powiązane z Amplico Life S.A. w rozumieniu kodeksu spółek handlowych w celu promocji i marketingu oferowanych przez nie produktów i usług. Tak ☐ Nie ☐

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu z kopii załączonego dokumentu tożsamości.

Miejscowość i data

Podpis Zgłaszającego / Spadkobiercy / Uposażonego

Oświadczenie Ubezpieczającego

Data zawarcia umowy z Instytucją Finansową / Bankiem D D M M R R

Data zakończenia spłaty zadłużenia w Instytucji Finansowej / Banku D D M M R R

Początkowa wartość zadłużenia

Wartość zadłużenia pozostała do spłacenia wg pierwotnego harmonogramu

Nazwa i adres Instytucji Finansowej / Banku

Numer konta, na które należy przekazać świadczenie

Miejscowość i data

Podpis upoważnionego przedstawiciela Ubezpieczającego

CC01-D9 © Amplico Life S.A., 2009

Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego

Dokumentacja zgonu
CL C-02

Oświadczenie lekarza*

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

Data urodzenia D D M M R R

Miejsce zamieszkania

Data zgonu D D M M R R

Miejsce zgonu (jeśli w placówce medycznej, prosimy podać nazwę)

Przyczyna zgonu:

Bezpośrednia

Okres między początkiem objawów a zgonem**

Wtórna

Okres między początkiem objawów a zgonem**

Wyjściowa

Okres między początkiem objawów a zgonem**

Wynik autopsji

Jeśli śmierć nastąpiła wskutek wypadku, samobójstwa lub zabójstwa, prosimy podać okoliczności.

Czy pacjent był leczony w ciągu ostatnich pięciu lat**/***? Tak ☐ Nie ☐

Rodzaj choroby lub obrażenia**

Data** D D M M R R

Placówka medyczna i rodzaj leczenia lub badań diagnostycznych**

Rodzaj choroby lub obrażenia**

Data** D D M M R R

Placówka medyczna i rodzaj leczenia lub badań diagnostycznych**

Rodzaj choroby lub obrażenia**

Data** D D M M R R

Placówka medyczna i rodzaj leczenia lub badań diagnostycznych**

Kiedy udzielił/a Pan/i pierwszej i ostatniej porady lekarskiej podczas ostatniej choroby**?

* Prosimy o wypełnienie formularza, stosując nazwy zgodne z międzynarodową klasyfikacją chorób, urazów i przyczyn zgonów.
** Wypełnienie pól jest opcjonalne (w zależności od wiedzy lekarza).
*** Prawidłową odpowiedź zaznaczyć przez zakreślenie właściwego kwadratu znakiem „X".

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Miejscowość i data | Pieczęć i podpis lekarza | Adres i nr telefonu lekarza