

nr.szkiody .....

.....,dnia.....

## ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### 1. RYZYKA

(zakreślić znakiem X właściwe pole)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego  | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego                  |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego w wyniku NW                            | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego             |
| <input type="checkbox"/> Zgon Współubezpieczonego<br>(pokrewieństwo)<br>.....       | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna Współubezpieczonego        |
| <input type="checkbox"/> Urodzenie się dziecka martwego<br>lub niezdolnego do życia | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu Współubezpieczonego             |
| <input type="checkbox"/> Urodzenie się dziecka                                      | <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu                     |
| <input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy                             | <input type="checkbox"/> Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego      |
| <input type="checkbox"/> Poważne zachorowania                                       | <input type="checkbox"/> Trwałe częściowe inwalidztwo Współubezpieczonego |

### 2.DANE DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA

Numer polisy i nazwa ubezpieczenia.....

Początek odpowiedzialności.....

Data zapłaty ostatniej składki.....

### 3. UBEZPIECZONY

Nazwisko.....

Imiona.....

PESEL.....

Data urodzenia.....

Nr Telefonu.....

Adres zamieszkania:

Kod:....., miejscowość:.....

Ulica:.....Nr domu:.....Nr mieszkania:.....

Bank oraz numer konta Ubezpieczonego.....

#### 4. UPRAWNIONY

L.p.	Nazwisko i imię / Nazwa	Adres	Data i miejsce urodzenia	Udział %

#### 5. UBEZPIECZAJĄCY POTWIERDZA NINIEJSZYM PISMEM PRAWO UBEZPIECZONEGO / UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZENIA

(wypełnić w przypadku ubezpieczeń zbiorowych)

.....  
.....

.....  
(podpis agenta lub Ubezpieczonego)

#### ZGŁOSZENIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(wypełnia agent lub Ubezpieczony)

Data wypadku: dzień.....miesiąc.....rok.....godzina.....

Miejsce wypadku.....

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był w stanie trzeźwości  TAK  NIE

#### Światkowie:

a).....  
(Nazwisko i imię, adres)

b).....  
(Nazwisko i imię, adres)

**Opis wypadku:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Kto i gdzie udzielał Ubezpieczonemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?.....

.....  
.....

Nazwa i adres zakładu leczniczego, w którym Ubezpieczony leczył się po wypadku.....

.....  
.....  
.....  
.....

Czy i kiedy leczenie zostało zakończone?  **TAK** data.....  **NIE** .....

(w przypadku trwającego jeszcze leczenia prosimy o powiadomienie BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienn Insurance Group o jego zakończeniu odrębnym pismem)

.....

.....  
(Podpis agenta lub Ubezpieczonego)

**ZGŁOSZENIE POBYTU W SZPITALU**

Pobyt w szpitalu był spowodowany:

Nieszczęśliwym wypadkiem  chorobą  Operacją chirurgiczną

Nazwa i adres szpitala, w którym Ubezpieczony był leczony .....

.....  
.....

Pobyt w szpitalu od  do

Jeżeli w chwili obecnej przebywa Pan/Pani w szpitalu, prosimy podać przewidywaną datę zakończenia pobytu

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Ubezpieczonego

## ZGŁOSZENIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Data zachorowania: dzień.....miesiąc.....rok.....

Choroba zdiagnozowana u Ubezpieczonego .....

Nazwa i adres szpitala, w którym Ubezpieczony był leczony.....

Czy kiedykolwiek wcześniej choroba ta wystąpiła u ubezpieczonego?.....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Ubezpieczonego

## ZGŁOSZENIE CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Całkowita niezdolność do pracy była spowodowana:

Nieszczęśliwym wypadkiem

Chorobą

Całkowita niezdolność do pracy została orzeczona dnia:

Dzień.....miesiąc.....rok.....

przez ZUS w .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Ubezpieczonego