



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. 42 63 44 700, fax 42 63 77 430
Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieście w Łodzi
KRS 0000005751, NIP 554-100-15-22
Kapitał zakładowy i wpłacony: 42 774 700 PLN

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

Wniosek

Umowa Ubezpieczenia nr RB000034

Certyfikat Ubezpieczeniowy nr

Adres na który należy przesłać wypełniony i podpisany formularz

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Centrum Obsługi Świadczeń

ul. Wróblewskiego 18

93-578 Łódź

lub wysłać mailem na adres: cos.lodz@uniqa.pl

Data i przyczyna zgonu Ubezpieczonego	<input type="text"/>		
Ubezpieczający	Raiffeisen Bank Polska S.A. ul. Piękna 20, 00-549 Warszawa, REGON 010000854		
Ubezpieczony	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Imię	Nazwisko	PESEL
Identyfikacja	<input type="text"/>		
Dokument tożsamości*	<input type="checkbox"/> Dowód osobisty	<input type="checkbox"/> Paszport	<input type="checkbox"/> Karta pobytu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Seria i numer	Kraj wydania	
Uprawniony	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Imię	Nazwisko	PESEL
<input type="text"/>	% świadczenia		
Identyfikacja	<input type="text"/>		
Dokument tożsamości*	<input type="checkbox"/> Dowód osobisty	<input type="checkbox"/> Paszport	<input type="checkbox"/> Karta pobytu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Seria i numer	Kraj wydania	
Adres zameldowania	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod pocztowy	Miejscowość	Kraj
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod pocztowy	Miejscowość	Kraj
Do wniosku dołączam*	<input type="checkbox"/> Skrócony odpis aktu zgonu	<input type="checkbox"/> Kopię dowodu osobistego	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nr rachunku bankowego do wypłaty świadczenia	<input type="text"/>		

miejscowość, data

czytelny podpis Wnioskodawcy