

# Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego.

## Śmierć bliskiej osoby Ubezpieczonego

### Ubezpieczony

Imię

Nazwisko

Rodzaj identyfikatora

Identyfikator (PESEL)

Data urodzenia

PESEL

PEP

### Identyfikacja osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe

Imię

Nazwisko

Rodzaj identyfikatora

Identyfikator (PESEL)

Data urodzenia

PESEL

Telefon

E-mail

PEP

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

### Osoba zmarła

Osoba bliska Ubezpieczonego:

Współmałżonek

Partner

Dziecko

Rodzic

Rodzic Współmałżonka

Imię

Nazwisko

PESEL

**simplea.**Adres do korespondencji:  
Żwirki i Wigury 16A  
02-092 Warszawazgloszenie.zdarzenia@simplea.pl  
www.simplea.pl  
+48 22 100 99 44

## Opis zdarzenia ubezpieczeniowego


Data śmierci

Przyczyna i okoliczności śmierci

Czy policja prowadziła dochodzenie w sprawie śmierci?

Tak Nie

Proszę o wprowadzenie danych kontaktowych policji, prowadzącej dochodzenie w sprawie zdarzenia

 Proszę dołączyć raporty z policji.

Czy śmierć nastąpiła wskutek wypadku?

Tak Nie



Proszę o wysłanie dokumentów potwierdzających wypadek (np. akt zgonu, protokół sekcji zwłok itp.).

Czy do śmierci doszło przy uprawianiu sportu?

Tak Nie

Proszę określić rodzaj sportu

Czy do śmierci doszło wskutek wypadku komunikacyjnego?

Tak Nie



Proszę dołączyć wspólne oświadczenie o zdarzeniu drogowym/raport policyjny.

Czy śmierć nastąpiła wskutek choroby?

Tak Nie



Proszę dołączyć akt zgonu i dokument potwierdzający przyczynę zgonu np.: protokół sekcji zwłok.

Czy przyczyną śmierci był udar mózgu lub zawał serca?

Tak Nie



Proszę dołączyć akt zgonu i dokument potwierdzający przyczynę zgonu np.: protokół sekcji zwłok.

Czy śmierć nastąpiła podczas wykonywania zawodu?

Tak Nie



Proszę dołączyć dokumenty potwierdzające wypadek przy pracy.

Proszę wypełnić informacje o zatrudnieniu, podczas którego doszło do zdarzenia

## Rachunek bankowy do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych

Numer rachunku

Właścicielem tego rachunku bankowego jest Ubezpieczający

### Prosimy o wypełnienie, jeżeli Ubezpieczający nie jest właścicielem rachunku bankowego

Imię

Nazwisko

Związek z Ubezpieczającym

Podpis Ubezpieczającego

## Oświadczenie

Podpisując niniejszy formularz, zaświadczam, że podane informacje są prawdziwe, kompletne i prawidłowe.

Data

Podpis osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe