



Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Okręgowej Izby Inżynierów Budowlanych

Zgłoszenie dotyczy:

- Śmierć Ubezpieczonego/Współmałzonka
 Niezdolność do pracy zarobkowej

Numer Polisy

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Imię

PESEL

Dane Uposażonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy

Dane Dziecka osieroconego

Lp.	Nazwisko	Imię	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	Adres stałego zamieszkania (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dane osoby Zgłaszającej roszczenie

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy

Data zdarzenia - -

Przyczyna zdarzenia: (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

- choroba (proszę podać jaka)
- nieszczęśliwy wypadek
- nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji
- nieszczęśliwy wypadek przy pracy
- na skutek zawału serca lub udaru mózgu
- inne

Opis okoliczności (przyczyny) zdarzenia

