



## Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Okręgowej Izby Inżynierów Budowlanych

Zgłoszenie dotyczy:

- Śmierć Ubezpieczonego/Współmatzonka  
 Niezdolność do pracy zarobkowej  
 Pokrycie kosztów pogrzebu

Numer Polisy

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Imię  PESEL

Liczba dzieci Ubezpieczonego

### 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

