

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU

LECZENIE SZPITALNE - TO ŚWIADCZENIE PRZYSŁUGUJE ZA POBYT W SZPITALU TRWAJĄCY PRZEZ CZAS OKREŚLONY W WARUNKACH UBEZPIECZENIA. PROSIMY O SPRAWDZENIE LICZBY DNI OBJĘTYCH OCHRONĄ W RAMACH UMOWY.

ŚWIADCZENIE SZPITALNE - TO ŚWIADCZENIE PRZYSŁUGUJE ZA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ UJĘTĄ W WYKAZIE. **OCHRONA NIE OBEJMUJE POBYTÓW W SZPITALNYCH ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH I IZBIE PRZYJĘĆ, W PRZYCHODNIACH I PORADNIACH.**

NUMERY POLIS

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

ULICA

NR DOMU

NR MIESZK.

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE WSZYSTKICH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZGŁOSZONEGO PRZEZE MNIĘ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA W FORMIE E-MAILI. INFORMACJE PRZESŁANE NA PODANY ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ BĘDĄ UWAŻANE ZA DORECZONE.

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY:

UBEZPIECZONEGO

MAŁŻONKA / PARTNERA

DZIECKA

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ FORMULARZA PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY ZGŁOSZENIE DOTYCZY DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO.

NAZWISKO DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA

IMIĘ DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA

NUMER PESEL

TELEFON KONTAKTOWY MAŁŻONKA LUB PARTNERA

ADRES E-MAIL MAŁŻONKA LUB PARTNERA

POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:

PRZELEWU NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

ŚRODKÓW DO ODBIORU W BANKU PEKAO S.A. W CIĄGU 14 DNI OD ICH PRZEKAZANIA

CZYTELNY PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK

I. PRZEBIEG LECZENIA

PROSIMY O PODANIE ADRESU LEKARZA RODZINNEGO I ADRESÓW PLACÓWEK MEDYCZNYCH, W KTÓRYCH BYŁO PROWADZONE LECZENIE

	NAZWA PLACÓWKI	ADRES
1. PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO LUB PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)		
2. PLACÓWKA LUB PORADNIA W KTÓREJ PROWADZONO LECZENIE PRZED POBYTEM W SZPITALU		

II PRZYCZYNA POBYTU W SZPITALU

CHOROBA

DATA ROZPOZNANIA CHOROBY:

WYPADEK

DATA WYPADKU:

PROSIMY O PODANIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

PROSIMY O ZAŁĄCZENIE POSTANOWIENIA PROKURATORY/ NOTATKI POLICYJNEJ / PROTOKOŁU BHP LUB PODANIE ADRESU INSTYTUCJI PROWADZĄCEJ POSTĘPOWANIE W SPRAWIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU

Ja, niżej podpisana/-y, upoważniam Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA do zasięgnięcia w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym pozyskiwania kopii dokumentacji. Dotyczy to w szczególności:

- mojego stanu zdrowia,
- weryfikacji podanych przeze mnie danych,
- okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, z przyczyn uzasadnionych treścią umowy ubezpieczenia.

Powyższe oświadczenie jest nieodwołalne i nie wygasa z chwilą mojej śmierci. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.

CZYTELNY PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK

DATA PODPISANIA

POTRZEBNE DOKUMENTY

- ✓ kopia karty leczenia szpitalnego i historii choroby
- ✓ wyniki wykonanych badań (w tym wynik badania histopatologicznego, jeśli było wykonywane)
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka/partnera – kopia dowodu osobistego małżonka/partnera lub kopie aktów urodzenia/małżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przedstawiamy zasady składania i rozpatrywania reklamacji (w tym skarg i zażaleń).

Sposób wniesienia reklamacji może być dowolny – telefon, przesyłka pocztowa lub e-mail. Można ją wnieść także osobiście, podczas wizyty w naszej placówce, w formie protokołu lub pisma.

Do dyspozycji naszych Klientów jest infolinia: 801 888 444 oraz 22 557 44 44 dla osób korzystających z sieci komórkowych, a także adres e-mail: reklamacje@aviva.pl.

Odpowiedzi na reklamację udzielimy w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku informacji bądź – na indywidualny wniosek zgłaszającego – pocztą elektroniczną, nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania przez nas reklamacji. W szczególnie skomplikowanym przypadku, uniemożliwiającym rozpatrzenie reklamacji w tym terminie (o czym powiadomimy w oddzielnym liście), odpowiedzi udzielimy nie później niż w ciągu 60 dni od jej otrzymania. Administratorem danych wskazanych w reklamacji jest Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA. Dane te będą przetwarzane w celu jej rozpatrzenia. Osobie zgłaszającej reklamację przysługuje prawo wglądu w treść danych osobowych i ich poprawiania.