

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - WYPADEK

NUMERY POLIS <input type="text"/>	UBEZPIECZAJĄCY - NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA ZAKŁADU PRACY <input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO <input type="text"/>	IMIĘ <input type="text"/>
----------------------------------	------------------------------

NUMER PESEL <input type="text"/>	SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI <input type="text"/>
-------------------------------------	-------------------------------------------------------

ULICA <input type="text"/>	NR DOMU <input type="text"/>	NR MIESZK. <input type="text"/>
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

KOD POCZTOWY <input type="text"/>	MIEJSCOWOŚĆ <input type="text"/>
--------------------------------------	-------------------------------------

TELEFON KONTAKTOWY <input type="text"/>	ADRES EMAIL <input type="text"/>
--------------------------------------------	-------------------------------------

DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST INNY OD ZGŁASZAJĄCEGO/ POSZKODOWANEGO)

NAZWISKO <input type="text"/>	IMIĘ <input type="text"/>
----------------------------------	------------------------------

NUMER PESEL <input type="text"/>	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI <input type="text"/>
-------------------------------------	------------------------------------------------------------

DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD ZGŁASZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO)

NAZWISKO <input type="text"/>	IMIĘ <input type="text"/>
----------------------------------	------------------------------

NUMER PESEL <input type="text"/>	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI <input type="text"/>
-------------------------------------	------------------------------------------------------------

TYP ROSZCZENIA WSKUTEK NW (PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X” WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANYCH OPCJI)

<input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	<input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE / POBYT W SZPITALU	<input type="checkbox"/> KOSZTY REHABILITACJI
<input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU MAŁŻONKA	<input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA	<input type="checkbox"/> KALECTWO
<input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA (DOT. UBEZP. NA ZDROWIE, ZDROWE ŻYCIE)	
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI	<input type="checkbox"/> KARTA DUŻEJ RODZINY	

DATA, GODZINA ORAZ MIEJSCE ZDARZENIA

W DNIE .. , O GODZINIE  :  W (MIEJSCE ZDARZENIA, ADRES, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ):

POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:

PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

\* WYPŁATĄ GOTÓWKOWĄ (ODBIÓR W WYBRANYM ODDZIALE BANKU PEKAO SA, PO OKAZANIU DOWODU OSOBISTEGO, W CIĄGU 14 DNI OD PRZEKAZANIA ŚRODKÓW PRZEZ TOWARZYSTWO)

UWAGA! W PRZYPADKU WYPŁATY GOTÓWKOWEJ NALEŻY WSKAZAĆ TELEFON KONTAKTOWY W POLU DANYCH UPRAWNIONEGO

CZYTELNY PODPIS IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM <input type="text"/>	DATA PODPISANIA <input type="text"/>
	MIEJSCE PODPISANIA <input type="text"/>



## KOSZTY REHABILITACJI

15. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM ZALECONA ZOSTAŁA REHABILITACJA?

TAK\*  NIE

\*JEŻELI TAK, JAK DŁUGO TRWAŁA ORAZ NA CZYM POLEGAŁA:

OD       DO

OD       DO

JA, NIŻEJ PODPISANY, UPOWAŻNIAM AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. DO ZASIĘGANIA W INNYCH ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ, ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ U LEKARZY, DOTYCZĄCYCH MNIE INFORMACJI O OKOLICZNOŚCIACH ZWIĄZANYCH Z OCENĄ RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO, W TYM POZYSKIWIANIA KOPII DOKUMENTACJI, W SZCZEGÓLNOŚCI INFORMACJI DOTYCZĄCYCH MOJEGO STANU ZDROWIA I WERYFIKACJI PODANYCH PRZEZE MNIE DANYCH ORAZ O OKOLICZNOŚCIACH ZWIĄZANYCH Z USTALENIEM PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU ZAWARTEJ UMOWY UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ, Z WYŁĄCZENIEM WYNIKÓW BADAŃ GENETYCZNYCH. Z PRZYCZYŃ UZASADNIONYCH TREŚCIĄ STOSUNKU UBEZPIECZENIA POWYŻSZE UPOWAŻNIENIE JEST NIEODWOŁALNE I NIE WYGASA Z CHWILĄ MOJEJ ŚMIERCI.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ PRAWDZIWE, ZGODNE Z MOJĄ WIEDZĄ I ZOSTAŁY PRZEKAZANE W DOBREJ WIERZE

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIIONEGO

DATA PODPISANIA

     

MIEJSCE PODPISANIA

               

**Informujemy, że istnieje możliwość przekazywania bezpośrednich informacji dotyczących rozpatrywanego roszczenia w formie e-mail lub sms, dzięki czemu, Towarzystwo może szybko i na bieżąco informować o wymaganych dokumentach, a także o podjętych decyzjach. Skorzystanie z tej formy komunikacji, jest możliwe po wyrażeniu poniższej zgody na przesyłanie informacji w formie e-mail lub sms.**

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE WSZYSTKICH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZGŁOSZONEGO PRZEZE MNIE ROSZCZENIA W FORMIE:

POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA ADRES EMAIL

WIADOMOSCI TEKSTOWEJ SMS NA NR TELEFONU KOMÓRKOWEGO

WIADOMOŚCI OTRZYMANE W WYBRANEJ PRZEZE MNIE FORMIE PRZESŁANE NA PODANY POWYŻEJ ADRES EMAIL LUB NR TELEFONU KOMÓRKOWEGO - BĘDĄ UWAŻANE ZA DORECZONE.

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM

DATA PODPISANIA

     

## WYMAGANE DOKUMENTY

- oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia kart wypisowych ze szpitala oraz skierowań do szpitala
- kopia pełnej dokumentacji medycznej od momentu zdarzenia do chwili obecnej
- kopia dokumentu wyjaśniającego okoliczności i przyczynę zdarzenia, to jest protokołu wypadkowego, protokołu bhp, notatki służbowej Policji oraz postanowienia Prokuratury lub podanie adresu oraz numeru sprawy placówki prowadzącej postępowanie
- kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego oraz, w stosunku do Uprawnionych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, jego opiekuna prawnego
- kopia decyzji ZUS, KRUS oraz druków zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA
- adresy placówek medycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką poszkodowany pozostawał przed ubezpieczeniem oraz przed zdarzeniem
- w przypadku nieszczęśliwego wypadku małżonka - oryginał lub kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa
- w przypadku kosztów rehabilitacji - oryginały rachunków i faktur
- w stosunku do uprawnionych niepełnoletnich, gdy opiekunem nie jest rodzic - kopia prawomocnego postanowienia sądowego o stanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora
- inne dokumenty indywidualnie wskazane przez pracownika odpowiedzialnego za rozpatrzenie roszczenia

W przypadku zlecenia wypłaty świadczenia na konto osoby lub instytucji innej niż Zgłaszającego roszczenie, obligatoryjnie powinno być ono poświadczono notarialnie za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

Uprawnienia do poświadczania kopii rachunków, faktur i kwitów kasowych, za zgodność z oryginałem, posiadają Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filialach, Oddziałach oraz Przedstawicielstwach Towarzystwa, notariusz oraz wystawca dokumentu. W przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie również ubezpieczający.

Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku - przez polską placówkę dyplomatyczną.

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

Sposób wniesienia reklamacji może być dowolny - telefon, przesyłka pocztowa, e-mail - jeśli osobiście, podczas wizyty w jednostce Towarzystwa to do protokołu, albo pozostawiając pismo.

Do dyspozycji naszych klientów jest infolinia: 801 888 444 oraz 22 557 44 44 dla osób korzystających z sieci komórkowych, 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, niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania przez nas reklamacji, a w szczególnie skomplikowanym przypadku uniemożliwiającym rozpatrzenie reklamacji w tym terminie (o czym powiadomimy odrębną korespondencją) - nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania przez nas reklamacji.

Administratorem danych wskazanych w reklamacji będzie Towarzystwo. Dane te będą przetwarzane w celu rozpatrzenia reklamacji i osobie zgłaszającej reklamację przysługuje prawo wglądu w treść tych danych osobowych i ich poprawiania.