UNIQA

Wniosek o wypłatę świadczenia
Dotyczy Ogólnych warunków ubezpieczenia
ProviMed dla klientów Providenta

Wniosek

Zgłoszenie dotyczy operacji medycznej ☐ ubezpieczonego ☐ współmałżonka lub partnera

Numer wnioskopolisy

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

Dane ubezpieczonego

Imię | Nazwisko

PESEL | Telefon

E-mail *(prosimy wypełnić drukowanymi literami)*

Adres zamieszkania

Ulica | Numer domu/lokalu | Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

Adres korespondencyjny *(jeśli inny niż adres zamieszkania)*

Ulica | Numer domu/lokalu | Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

Dane współmałżonka lub partnera *(do wypełnienia jeśli roszczenie dotyczy współmałżonka lub partnera)*

Imię i nazwisko współmałżonka lub partnera | Wiek

Adres zamieszkania

Ulica | Numer domu/lokalu | Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Przyczyny i okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543, NIP 107-00-06-155
Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości

Dane dotyczące wypadku *(jeśli dotyczy)*

D D M M R R R R Data wypadku

Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco): _____

Czy ubezpieczony lub współmałżonek/partner w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?* ☐ **Tak** ☐ **Nie**

Czy ubezpieczony lub współmałżonek/partner w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?* ☐ **Tak** ☐ **Nie**

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?* ☐ **Tak** ☐ **Nie**

Czy w związku z wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?* ☐ **Tak** ☐ **Nie**

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: _____

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie, wraz z podaniem sygnatury:

Forma wypłaty świadczenia

☐ **Przelew bankowy***

_____
Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko)

__ __
Numer rachunku bankowego

☐ **Przekaz pocztowy***

Adres:

_____ Ulica | __ __ / __ __ Numer domu/lokalu | _____ Miejscowość | __ __ - __ __ Kod pocztowy

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

D D M M R R R R Data | _____ Miejscowość | _____ Podpis zgłaszającego roszczenie

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do UNIQA TU S.A. oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, agenta, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.

Do zgłoszenia należy dołączyć dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego, gdzie ubezpieczony/współmałżonek/partner byli zarejestrowani.

Do zgłoszenia należy dołączyć:

☐ zdjęcie lub skan dokumentu tożsamości ubezpieczonego

☐ jeśli zdarzenie dotyczy współmałżonka/partnera – zdjęcie lub skan dokumentu tożsamości współmałżonka/partnera

☐ pełna karta informacyjna leczenia szpitalnego z pobytu w szpitalu, podczas którego odbyła się operacja, lub karta zabiegu z historią wizyty z placówki medycznej, jeżeli zabieg odbył się w trybie ambulatoryjnym

☐ dokumentacja medyczna obejmująca okres 2 lat sprzed objęcia ochroną ubezpieczeniową (wymagana w przypadku operacji związanej z chorobą zdiagnozowaną przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej)

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Ja niżej podpisany/-a zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.
2. Ja, niżej podpisany/-a, zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia ProviMed dla klientów Providenta i wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia obejmuje: (1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia; (3) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (4) przyczyny mojej śmierci.

   Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

   Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu świadczącemu ochronę ubezpieczeniową przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa świadczącego ochronę ubezpieczeniową oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważniam Towarzystwo świadczące ochronę do zasięgania informacji w:

   – Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z moim wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa świadczącego ochronę ubezpieczeniową;

   – innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem ubezpieczony lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

   Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

   ☐ **Tak** ☐ **Nie**

3. Oświadczam, że przekazano mi dokument Przetwarzanie danych osobowych.

   ☐ **Tak** ☐ **Nie**

D D M M R R R R

Data | Miejscowość | Podpis ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku: Roszczenia Bancassurance

Do wypełnienia w przypadku złożenia wniosku o wypłatę roszczenia u doradcy klienta lub w oddziale Provident Polska S.A.

Oświadczam, że dokonałem weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.

D D M M R R R R		
Data	Miejscowość	Podpis osoby przyjmującej dokumentację