



Wniosek o wypłatę świadczenia

z Umowy Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA dla Klientów Provident Polska S.A.

Zgłaszane roszczenie dotyczy*:

- pobytu w szpitalu w wyniku choroby
- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)
- całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego
- inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL / data urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

- dowód osobisty
 paszport

Płeć

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Rodzaj telefonu

Numer telefonu

Dane dotyczące wypadku

Data wypadku

Okoliczności i miejsce
wypadku (wyczerpująco): _____

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?*

Tak Nie

Czy Ubezpieczony 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 wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?*

Tak Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: _____

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy o przekazanie do Towarzystwa oryginałów lub kopii następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającą, notariusza, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

POBYT W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego

POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- opis okoliczności zdarzenia, tj. nieszczęśliwego wypadku
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)

POBYT NA ODDZIALE INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM/OIT)

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kartę leczenia szpitalnego z informacją o pobycie na oddziale intensywnej opieki medycznej

CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ALBO CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem

Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Tak Nie

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na*:

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

3. Ja niżej podpisany zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” (Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA) i wyrażam zgodę na wystąpienie przez

- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania).

INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital)
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem

ZŁAMANIE KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) 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 o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;

