



więcej / niż standard

ubezpieczenia

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
- trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i 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

Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Dane dotyczące wypadku

DDMMRRRR

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:

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

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od do

Przyczyna pobytu w szpitalu*: choroba
 wypadek (wymagane wypełnienie pól powyżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Nazwa i adres szpitala, w którym leczyl się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy zostało zakończone leczenie?* Tak Nie

Dane dotyczące trwałej i całkowitej niezdolności do pracy/trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji

Nazwa i adres placówki medycznej/szpitala, w którym leczyl się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji:

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Nazwisko

Imię

+48

Telefon komórkowy

+48

Telefon stacjonarny

E-mail

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Przekaz pocztowy

Adres:

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą.

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

* 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 Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, 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
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości 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)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

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

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- 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.

Oświadczenie zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” (Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: AXA), do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia, a po jego rozpatrzeniu – do celów archiwalnych. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. jest administratorem moich danych osobowych. Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych i prawo ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania tych danych.

- 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
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

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
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” (Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA) i 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. Upoważniam AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: Towarzystwo) do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia, w tym także do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej od każdego lekarza, u którego leczylem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i podmioty wykonujące działalność leczniczą wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, w tym do przekazywania kopii dokumentacji medycznej, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia.

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu 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 oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do Umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka

ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób danych o stanie zdrowia.

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

3. Wyrażam zgodę na składanie przez Ubezpieczyciela w zakresie Umowy ubezpieczenia, przed przystąpieniem do niej, jak i po przystąpieniu, oświadczeń woli i wiedzy w zakresie związanym z wykonywaniem tej Umowy, w tym wysyłanie informacji w zakresie zmiany warunków Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość oraz na trwałym nośniku, przekazanym drogą elektroniczną na adres e-mail albo drogą telefoniczną SMS-em. Jednocześnie wyrażam zgodę na użycie w tym celu podanego przeze mnie adresu e-mail.

Tak Nie

4. Niniejszym wnioskuję do Ubezpieczyciela o udzielanie mi odpowiedzi na reklamacje za pomocą trwałego nośnika. Wnioskuję o dostarczanie takich odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail i jednocześnie wyrażam zgodę na użycie w tym celu podanego adresu e-mail.

Tak Nie

Trwały nośnik – materiał lub narzędzie umożliwiający Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Co to oznacza? – trwałym nośnikiem jest np. PDF wysłany na adres e-mail, płyta CD lub pendrive z zapisanym plikiem w postaci PDF.

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Prosimy przelać druk zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 151
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: Obszar Bancassurance