DZIAŁ OBSŁUGI ROSZCZEŃ
UL. DOMANIEWSKA 44,
02-672 WARSZAWA
TELECENTRUM: 0 801 888 444
FAX: (+48 22) 557 40 03
EMAIL: bok@aviva.pl

AVIVA

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - CHOROBA

NUMERY POLIS

NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO

DANE UPRAWNIONEGO, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI

ULICA

NR DOMU

NR MIESZK.

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES EMAIL

DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO / POSZKODOWANEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO / UBEZPIECZONEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

TYP ROSZCZENIA (PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X" WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANYCH OPCJI)

- ☐ POWAŻNE ZACHOROWANIE
- ☐ LECZENIE SZPITALNE (DOT. UBEZP. GRUPOWEGO)
- ☐ UBEZPIECZENIE SKŁADKI
- ☐ POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA
- ☐ TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY
- ☐ ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV
- ☐ POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA
- ☐ HOSPITALIZACJA (DOT. UBEZPIECZENIA NA ZDROWIE, ZDROWE ŻYCIE)

DATA ORAZ OPIS POSTAWIONEGO ROZPOZNANIA

W DNIU ☐☐.☐☐.☐☐☐☐, RODZAJ ZDARZENIA, ROZPOZNANIE:

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) *NIE DOTYCZY POLIS ROZSĄDNY PARTNER 1, 2; GRONO, PARTNER W PODRÓŻY.
UWAGA! W PRZYPADKU WYPŁATY GOTÓWKOWEJ NALEŻY WSKAZAĆ TELEFON KONTAKTOWY W POLU DANYCH UPRAWNIONEGO

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

MIEJSCE PODPISANIA

PRZEBIEG ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM

1. DATA WYSTĄPIENIA PIERWSZYCH OBJAWÓW ZACHOROWANIA: __ __ . __ __ . __ __

2. DATA PIERWSZEGO ZGŁOSZENIA DO LEKARZA W ZWIĄZKU Z CHOROBĄ: __ __ . __ __ . __ __
(PROSIMY O PODANIE NAZWY, ADRESU PLACÓWKI MEDYCZNEJ ORAZ ZAŁĄCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZAJĄCEJ PIERWSZE ZGŁOSZENIE)

3. DATA PIERWSZEGO ROZPOZNANIA CHOROBY: __ __ . __ __ . __ __
(PROSIMY O PODANIE NAZWY, ADRESU PLACÓWKI MEDYCZNEJ ORAZ ZAŁĄCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZAJĄCEJ PIERWSZE ROZPOZNANIE)

4. PROSIMY O PODANIE NAZW ORAZ ADRESÓW PLACÓWEK MEDYCZNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (LEKARZA RODZINNEGO, PRZYCHODNI REJONOWEJ) ORAZ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, PLACÓWEK KIERUJĄCYCH DO SZPITALA ORAZ PLACÓWEK DOCELOWYCH, W KTÓRYCH PROWADZONO LECZENIE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM.

5. ADRES LEKARZA RODZINNEGO

6. NAZWA WYKONYWANEGO ZAWODU:

PUNKTY OD 6 DO 10 NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, UBEZPIECZENIE SKŁADKI

7. CZY W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM POWSTAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY? TAK* ☐ NIE ☐
*JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIĘ DECYZJI ZUS, KRUS ORAZ DRUKÓW ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO ZUS ZLA, JAK DŁUGO TRWAŁA:
OD __ __ . __ __ . __ __ DO __ __ . __ __ . __ __ ORAZ JAKIE SĄ ROKOWANIA LEKARZY DOTYCZĄCEJEJ ZAKOŃCZENIA:

LECZENIE SZPITALNE, HOSPITALIZACJA

8. CZY W ZWIĄZKU Z CHOROBĄ POSZKODOWANY ZOSTAŁ PODDANY LECZENIU SZPITALNEMU? TAK* ☐ NIE ☐
*JEŻELI TAK, PROSIMY O ZAŁĄCZENIE KOPII KART INFORMACYJNYCH ZE SZPITALA.

9. POBYT MIAŁ MIEJSCE: W POLSCE ☐ ZA GRANICĄ* ☐

*JEŻELI ZA GRANICĄ, PROSIMY O PODANIE: DATA WYJAZDU Z POLSKI __ __ . __ __ . __ __ DATA POWROTU __ __ . __ __ . __ __
10. DATY POBYTU ORAZ NAZWY I ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH:
OD __ __ . __ __ . __ __ GODZINA __ __ : __ __ DO __ __ . __ __ . __ __ ______
OD __ __ . __ __ . __ __ GODZINA __ __ : __ __ DO __ __ . __ __ . __ __ ______
OD __ __ . __ __ . __ __ GODZINA __ __ : __ __ DO __ __ . __ __ . __ __ ______
OD __ __ . __ __ . __ __ GODZINA __ __ : __ __ DO __ __ . __ __ . __ __ ______

10. CZY W TRAKCIE POBYTU W SZPITALU PRZEPROWADZANO OPERACJĘ CHIRURGICZNĄ? TAK ☐ NIE ☐

JA, NIŻEJ PODPISANY, UPOWAŻNIAM AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ OGÓLNYCH SA* / AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE SA* (* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) DO ZASIĘGANIA 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, 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 PRZYCZYN 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 UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

□□.□□.□□□□

MIEJSCE 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 tożsamości Uprawnionego oraz, w stosunku do Uprawnionych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, jego opiekuna prawnego
- ☐ adresy placówek medycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką Poszkodowany pozostawał przed ubezpieczeniem oraz przed zdarzeniem
- ☐ w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, ubezpieczenia składki - kopia decyzji ZUS, KRUS oraz druków zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA
- ☐ w przypadku każdego typu poważnego zachorowania - kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pierwsze rozpoznanie oraz adres placówki medycznej, w której pierwszy raz postawiono rozpoznanie poważnego zachorowania
- ☐ w przypadku poważnego zachorowania małżonka - oryginał lub kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa
- ☐ w przypadku hospitalizacji - kopia wyników badania histopatologicznego
- ☐ w przypadku zakażenia wirusem HIV - kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pierwsze rozpoznanie zakażenia wirusem HIV
- ☐ w stosunku do Uprawnionych niepełnoletnich, gdy opiekunem nie jest rodzic - kopia prawomocnego postanowienia sądowego o ustanowieniu 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 Uprawnionego, obligatoryjnie powinno być ono poświadczone notarialnie za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

Uprawnienia do poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filiach, Oddziałach oraz Przedstawicielstwach Towarzystwa, notariusz, wystawca dokumentu oraz jednostki samorządu terytorialnego właściwe dla miejsca wydania dokumentu (Urząd Gminy, Urząd Miasta). W przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada 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.