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 - WYPADEK

NUMERY POLIS

UBEZPIECZAJĄCY - NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA ZAKŁADU PRACY

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

* DOTYCZY UBEZPIECZEŃ OGÓLNYCH

- ☐ TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU
- ☐ TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU MAŁŻONKA
- ☐ TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY
- ☐ LECZENIE SZPITALNE / POBYT W SZPITALU
- ☐ HOSPITALIZACJA (DOT. UBEZP. NA ZDROWIE, ZDROWE ŻYCIE)
- ☐ KALECTWO
- ☐ LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA
- ☐ KOSZTY REHABILITACJI
- ☐ UBEZPIECZENIE SKŁADKI
- ☐ * ZŁAMANIE KOŚCI
- ☐ * OPARZENIE CIAŁA
- ☐ * CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY
- ☐ * KOSZTY LECZENIA
- ☐ * KOSZTY NAPRAWY/ZAKUPU PRZEDM. ORTOPED. I POMOCNICZYCH

DATA, GODZINA ORAZ MIEJSCE ZDARZENIA

W DNIU .. .. .. , 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) *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 IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

DATA PODPISANIA .. ..

MIEJSCE PODPISANIA

OPIS OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM

1. RODZAJ, PRZEBIEG ORAZ PRZYCZYNA ZDARZENIA:

2. OPIS WYSTĘPUJĄCYCH OBECNIE DOLEGLIWOŚCI I OBJAWÓW (W PRZYPADKU BLIZN PROSIMY O PODANIE ROZMIARÓW W CM):

3. CZY LECZENIE (RÓWNIEŻ REHABILITACYJNE) PO WYPADKU ZOSTAŁO JUŻ ZAKOŃCZONE? TAK* ☐ NIE* ☐

*JEŻELI TAK PROSIMY O PODANIE DATY ZAKOŃCZENIA LECZENIA: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

*JEŻELI NIE PROSIMY O OPIS PROWADZONEGO BĄDŹ PLANOWANEGO LECZENIA:

4. DOTYCZY KOŃCZYN GÓRNYCH - ZDARZENIE DOTYCZYŁO STRONY: ☐ DOMINUJĄCEJ ☐ NIEDOMINUJĄCEJ

5. CZY ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE W PRACY? TAK ☐ NIE ☐, CZY SPORZĄDZANO PROT. BHP, KARTĘ WYPADKU ITP? TAK* ☐ NIE ☐

6. CZY BYŁO PROWADZONE POSTĘPOWANIE PRZEZ POLICJĘ LUB PROKURATURĘ? TAK* ☐ NIE ☐

7. CZY BYŁO WZYWANE POGOTOWIE RATUNKOWE? TAK* ☐ NIE ☐

*JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIĘ DOKUMENTACJI LUB ADRESY ORAZ NUMERY SPRAW.

8. KTO I GDZIE UDZIELAŁ POSZKODOWANEMU PIERWSZEJ POMOCY (JEŻELI PIERWSZEJ POMOCY UDZIELAŁ LEKARZ, PROSIMY O DOŁĄCZENIE KSEROKOPII KARTY INFORMACYJNEJ LUB PODANIE NAZWY I ADRESU PLACÓWKI)?

9. 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.

10. NAZWA WYKONYWANEGO ZAWODU:

PUNKTY OD 11 DO 18 NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

11. 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 DOTYCZĄCE JEJ ZAKOŃCZENIA:

LECZENIE SZPITALNE, HOSPITALIZACJA, POBYT W SZPITALU, KOSZTY LECZENIA

12. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM POSZKODOWANY ZOSTAŁ PODDANY LECZENIU SZPITALNEMU? TAK* ☐ NIE ☐

*JEŻELI TAK, PROSIMY O ZAŁĄCZENIE KOPII KART INFORMACYJNYCH ZE SZPITALA.

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

*JEŻELI ZA GRANICĄ, PROSIMY O PODANIE: DATA WYJAZDU Z POLSKI ☐☐.☐☐.☐☐ DATA POWROTU ☐☐.☐☐.☐☐

14. DATY POBYTU ORAZ NAZWY I ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH:

OD ☐☐.☐☐.☐☐ GODZINA ☐☐:☐☐ DO ☐☐.☐☐.☐☐ ____________

OD ☐☐.☐☐.☐☐ GODZINA ☐☐:☐☐ DO ☐☐.☐☐.☐☐ ____________

OD ☐☐.☐☐.☐☐ GODZINA ☐☐:☐☐ DO ☐☐.☐☐.☐☐ ____________

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

KOSZTY LECZENIA, KOSZTY NAPRAWY, ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

16. CZY W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM POSZKODOWANY PONIÓSŁ KOSZTY? TAK* ☐ NIE ☐

*JEŻELI TAK, PROSIMY O SPORZĄDZENIE SPECYFIKACJI RACHUNKÓW DOTYCZĄCYCH KOSZTÓW LECZENIA

NUMER, DATA, CZEGO DOTYCZY ORAZ KTO OPŁACIŁ RACHUNEK — WARTOŚĆ W WALUCIE

1) _____ ☐☐☐☐☐☐,☐☐

2) _____ ☐☐☐☐☐☐,☐☐

3) _____ ☐☐☐☐☐☐,☐☐

4) _____ ☐☐☐☐☐☐,☐☐

NAZWA WALUTY ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ SUMA W WALUCIE ☐☐☐☐☐☐,☐☐

KOSZTY REHABILITACJI

17. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM ZALECONA ZOSTAŁA REHABILITACJA? TAK* ☐ NIE ☐

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

OD ☐☐.☐☐.☐☐ DO ☐☐.☐☐.☐☐ _____

OD ☐☐.☐☐.☐☐ DO ☐☐.☐☐.☐☐ _____

OD ☐☐.☐☐.☐☐ DO ☐☐.☐☐.☐☐ _____

18. CZY BYŁA ZWIĄZANA Z KONIECZNOŚCIĄ OPŁACENIA ZALECONYCH ZABIEGÓW LUB ZAKUPU ZALECONEGO SPRZĘTU? TAK* ☐ NIE ☐

* JEŻELI TAK, PROSIMY O DOŁĄCZENIE ORYGINALNYCH RACHUNKÓW POTWIERDZAJĄCYCH TE WYDATKI ORAZ

PODANIE ŁĄCZNEJ SUMY PONIESIONYCH KOSZTÓW REHABILITACJI: SUMA W ZŁOTYCH ☐☐☐☐☐☐,☐☐

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 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 przypadku kosztów leczenia, kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych - oryginały rachunków, faktur i kwitów kasowych
- ☐ 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 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 kopii rachunków, faktur i kwitów kasowych, za zgodność z oryginałem, posiadają Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filiach, 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.