



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY ALBO CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ALBO POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, ALBO ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Proszę uzupełnić i podpisać formularz, a następnie odesłać go do nas e-mailem na adres: bok@aviva.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA, ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa (w tytule prosimy napisać: „Dział Likwidacji Szkód Osobowych”).

NUMER POLISY

KIEDY DOSZŁO DO ZDARZENIA?

Data zdarzenia

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres korespondencyjny - ulica

Numer domu

Numer mieszk.

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Adres e-mail

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ODBIORU ŚWIADCZENIA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO)

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres korespondencyjny - ulica

Numer domu

Numer mieszk.

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Adres e-mail

POLECENIE WYPŁATY

Jeśli świadczenie zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty:

Nr rachunku:

Dane właściciela konta, jeżeli jest inny od Osoby uprawnionej do odbioru świadczenia (imię, nazwisko, nazwa oraz adres):

PESEL

CO SIĘ WYDARZYŁO?

Rodzaj zdarzenia:

Utrata pracy Czasowa niezdolności do pracy Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku Zgon wskutek nieszczęśliwego wypadku

INFORMACJE O ZDARZENIU

Proszę możliwie dokładnie opisać przyczyny i przebieg zdarzenia.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czy było prowadzone postępowanie przez policję lub prokuraturę? TAK NIE

Jeśli w sprawie zdarzenia trwało dochodzenie, prosimy o podanie nazwy i adresu policji, prokuratury lub sądu oraz sygnatury akt:

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – UTRATA DO PRACY / CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY / POBYT W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Forma zatrudnienia na dzień zdarzenia:

Umowa o pracę Własna działalność gospodarcza Umowa – zlecenie Stosunek służbowy

Inna (jaka?)

Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony posiadał uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy? TAK NIE

Czy w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczony posiadał status Bezrobotnego? TAK NIE

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.

WYMAGANE DOKUMENTY

W przypadku utraty pracy:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- decyzja Powiatowego Urzędu Pracy o nabyciu statusu bezrobotnego
- zaświadczenie wydane przez Powiatowy Urząd Pracy wystawione po 30 dniach posiadania statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku (dla umów zawartych od 15 marca 2021 r. wymagany jest jedynie status osoby bezrobotnej)
- pismo wypowiadające umowę o pracę
- świadectwo pracy
- umowa o pracę

W przypadku czasowej niezdolności do pracy:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- wszystkie zwolnienia lekarskie (druk ZUS ZLA)
- dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę niezdolności do pracy
- dokument potwierdzający formę zatrudnienia

W przypadku zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- akt zgonu
- karta zgonu
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- dokument potwierdzający tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie

W przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- karta leczenia szpitalnego
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku

Dokumenty proszę przesłać:

- w formie skanu na adres e-mail: bok@aviva.pl (w tytule prosimy napisać: „Dział Likwidacji Szkód Osobowych”) lub
- pocztą na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A., ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa (w tytule prosimy napisać: „Dział Likwidacji Szkód Osobowych”).

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Upoważniam Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. z siedzibą w Warszawie oraz Aviva Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do zasięgnięcia od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia z wyłączeniem wyników badań genetycznych, oraz w innych instytucjach celem weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz o innych okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z tytułu roszczenia zgłoszonego przeze mnie na niniejszym formularzu i wysokości tego świadczenia. Niniejsze upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa w chwili mojej śmierci. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę świadczenia w formie e-mail. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Data

DDMMRRRR

Miejsce podpisania

Czytelny podpis Ubezpieczonego

PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE, W PRZYPADKU GDY ZGŁASZAJĄCYM ROSZCZENIE JEST OSOBA INNA NIŻ UBEZPIECZONY

Data

DDMMRRRR

Miejsce podpisania

Czytelny podpis Osoby zgłaszającej roszczenie