

**WNIOSEK  
O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA  
Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**



Pole do użytku Avivy

**TYP ŚWIADCZENIA:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU | <input type="checkbox"/> KALECTWO                          | <input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE LUB ŚWIADCZENIE SZPITALNE |
| <input type="checkbox"/> ZŁAMANIE/SKRĘCENIE/OPARZENIE | <input type="checkbox"/> KOSZTY LECZENIA LUB REHABILITACJI |   |

NUMERY POLIS

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

**DANE UBEZPIECZONEGO**

NAZWISKO \_\_\_\_\_ IMIĘ \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI \_\_\_\_\_  
ULICA \_\_\_\_\_ NUMER DOMU \_\_\_\_\_ NUMER MIESZKANIA \_\_\_\_\_  
KOD POCZTOWY \_\_\_\_\_ POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_  
TELEFON KONTAKTOWY \_\_\_\_\_

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNICIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE WSZYSTKICH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZGŁOSZONEGO PRZEZE MNIE WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA W FORMIE E-MAILI. INFORMACJE PRZESYŁANE NA PODANY ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ BĘDĄ UWAŻANE ZA DOSTARCZONE.

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY:**

- |   |  |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> UBEZPIECZONEGO | <input type="checkbox"/> MAŁŻONKA/PARTNERA | <input type="checkbox"/> DZIECKA | <input type="checkbox"/> KARTY DUŻEJ RODZINY |
|---|--|----------------------------------|--|

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ FORMULARZA PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY ZGŁOSZENIE DOTYCZY DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO.

NAZWISKO DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_ IMIĘ DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ TELEFON KONTAKTOWY MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_  
ADRES E-MAIL MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_

DATA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

**POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:**

PRZELEWU NA RACHUNEK BANKOWY  
NUMER KONTA \_\_\_\_\_  
DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES) \_\_\_\_\_  
 ŚRODKÓW DO ODBIORU W BANKU PEKAO SA W CIĄGU 14 DNI OD ICH PRZEKAZANIA

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

\_\_\_\_\_

## I. PRZEBIEG LECZENIA:

PROSIMY O PODANIE ADRESU PLACÓWKI MEDYCZNEJ, W KTÓREJ UDZIELONO PIERWSZEJ POMOCY PO URAZIE

## II. ZDARZENIE

1. OPIS OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

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 LUB PLANOWANEGO LECZENIA:

4. CZY ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE W PRACY?

TAK

NIE

CZY SPORZĄDZONO PROTOKÓŁ BHP

TAK

NIE

5. CZY POLICJA LUB PROKURATURA PROWADZIŁY POSTĘPOWANIE?

TAK

NIE

6. PROSIMY O ZAŁĄCZENIE POSTANOWIENIA PROKURATORY/ NOTATKI POLICYJNEJ / PROTOKOŁU BHP LUB PODANIE ADRESU INSTYTUCJI PROWADZĄCEJ POSTĘPOWANIE W SPRAWIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU.

7. NAZWA WYKONYWANEGO AKTUALNIE ZAWODU

Ja, niżej podpisana/-y, upoważniam Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA 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. Dotyczy to w szczególności:

- mojego stanu zdrowia,
- weryfikacji podanych przeze mnie danych,
- okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, z przyczyn uzasadnionych treścią umowy ubezpieczenia.

Powyższe oświadczenie jest nieodwołalne i nie wygasa z chwilą mojej śmierci. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

DATA PODPISANIA

## POTRZEBNE DOKUMENTY

DOKUMENTY PODSTAWOWE

- ✓ kopie kart historii choroby z udzielonej pierwszej pomocy i prowadzonego leczenia
- ✓ wyniki badań, karty leczenia szpitalnego
- ✓ kopia notatki policyjnej, postanowienia prokuratury lub kopia protokołu BHP, jeśli prowadzono postępowanie w sprawie wypadku
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka/partnera – kopia dowodu osobistego małżonka/partnera lub kopie aktów urodzenia/matżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

DOKUMENTY DODATKOWE

- ✓ do wniosków o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu: kopie kart leczenia szpitalnego
- ✓ do wniosków o wypłatę świadczenia z tytułu kosztów leczenia lub rehabilitacji: oryginały faktur dokumentujących wydatki na leczenie, rehabilitację i zakup sprzętu ortopedycznego

## TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przedstawiamy zasady składania i rozpatrywania reklamacji (w tym skarg i zażaleń).

Sposób wniesienia reklamacji może być dowolny – telefon, przesyłka pocztowa lub e-mail. Można ją wnieść także osobiście, podczas wizyty w naszej placówce, w formie protokołu lub pisma.

Do dyspozycji naszych Klientów jest infolinia: 22 557 44 44, adres e-mail: reklamacje@aviva.pl.

Odpowiedzi na reklamację udzielimy w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku informacji bądź – na indywidualny wniosek zgłaszającego – pocztą elektroniczną, nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania przez nas reklamacji. W szczególnie skomplikowanym przypadku, uniemożliwiającym rozpatrzenie reklamacji w tym terminie (o czym powiadomimy w oddzielnym liście), odpowiedzi udzielimy nie później niż w ciągu 60 dni od dnia jej otrzymania.

Administratorem danych wskazanych w reklamacji jest Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA. Dane te będą przetwarzane w celu jej rozpatrzenia. Osobie zgłaszającej reklamację przysługuje prawo wglądu w treść danych osobowych i ich poprawiania.