

**WNIOSEK
O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z TYTUŁU ŚMIERCI**



Pole do użytku Avivy

TYP ŚWIADCZENIA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK UDARU LUB ZAWAŁU |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO | <input type="checkbox"/> OSIEROCENIE DZIECKA |

NUMERY POLIS

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO _____ IMIĘ _____

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY ŚMIERCI:

UBEZPIECZONEGO MAŁŻONKA / PARTNERA DZIECKA

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WNIOSKU PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY ZGŁOSZENIE DOTYCZY ŚMIERCI DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA _____ IMIĘ DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA _____

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA (UPOSAŻONEGO)

NAZWISKO _____ IMIĘ _____

PESEL _____ SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI _____

ULICA _____ NUMER DOMU _____ NUMER MIESZKANIA _____

KOD POCZTOWY _____ POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ _____

TELEFON KONTAKTOWY _____

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

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

DATA ZDARZENIA:

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

DODATKOWE INFORMACJE

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WNIOSKU PROSIMY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO, ŚMIERCI WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU, ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY

1. PRZEBIEG LECZENIA:

PROSIMY O PODANIE ADRESU LEKARZA RODZINNEGO LUB PLACÓWKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UBEZPIECZONEGO

2. PRZYCZYNA ZDARZENIA:

CHOROBA DATA ROZPOZNANIA CHOROBY: _____
WYPADEK DATA ROZPOZNANIA WYPADKU: _____

PROSIMY O PODANIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

3. CZY ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE W PRACY?

TAK NIE

CZY SPORZĄDZONO PROTOKÓŁ BHP

TAK NIE

4. CZY POLICJA LUB PROKURATURA PROWADZIŁY POSTĘPOWANIE?

TAK NIE

5. CZY WEZWANO POGOTOWIE RATUNKOWE?

TAK NIE

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

Ja, niżej podpisana/-y, 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

DDMMRRRR

POTRZEBNE DOKUMENTY

- ✓ kopia odpisu skróconego aktu zgonu
- ✓ kopia karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- ✓ kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu osierocenia dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia w związku ze zdarzeniem spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem lub samobójstwem Ubezpieczonego – kopia dokumentu wyjaśniającego okoliczności i przyczynę zdarzenia, czyli protokołu wypadkowego, protokołu BHP, notatki służbowej Policji lub postanowienia Prokuratury

UWAGA: Jeżeli mamy wypłacić pieniądze na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawniony, potrzebujemy poświadczenia notarialnego za własnoręczność podpisu.

Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

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

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, w szczególności skomplikowanym 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.