

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ W SPOSÓB KOMPLETNY I CZYTELNY, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. BRAK WYMAGANYCH PRZEZ UBEZPIECZYCIELA INFORMACJI, OKREŚLONYCH NINIEJSZYM FORMULARZEM, MOŻE SPOWODOWAĆ WYDŁUŻENIE PROCESU ROZPATRYWANIA ZGŁASZANEGO ROSZCZENIA.

Numer polisy:

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

1. DANE UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię: Nazwisko:

Data urodzenia: Seria i numer dokumentu tożsamości: PESEL:

Adres do korespondencji:

tel. kom.: tel.: e-mail :

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie pod ww. numer telefonu kontaktowego oraz adresem e-mail informacji o aktualnym statusie rozpatrywanego roszczenia: tak nie

.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego/Zgłaszającego roszczenie

2. ZŁOŻONE ROSZCZENIE DOTYCZY (prosimy postawić znak „X”)

Śmierć Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (w tym: wypadku przy pracy <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu	<input type="checkbox"/>
Osierocenie dziecka w wyniku śmierci Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem bądź zawałem serca lub udarem mózgu	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego (małżonka lub dziecka) poważnego zachorowania	<input type="checkbox"/>
Pobyt Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego (małżonka lub dziecka) w szpitalu	<input type="checkbox"/>
Przebiecie operacji chirurgicznej spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie niezdolności Ubezpieczonego do pracy	<input type="checkbox"/>
Urodzenie dziecka (obejmuje przypadki: noworodka martwego narodzonego <input type="checkbox"/> urodzenia dziecka z wadą wrodzoną <input type="checkbox"/> urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Śmierć członka rodziny Ubezpieczonego: małżonka <input type="checkbox"/> partnera <input type="checkbox"/> dziecka <input type="checkbox"/> rodzica <input type="checkbox"/> teścia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>

3. DANE UBEZPIECZONEGO/OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE (MAŁŻONEK, PARTNER, RODZIC, TEŚĆ, DZIECKO)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia: Godzina zdarzenia: Miejscowość:

Województwo, w którym miało miejsce zdarzenie:

Prosimy opisać przyczynę zaistniałego zdarzenia:

.....

.....

.....

Prosimy podać miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia:

.....

.....

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostało zastosowane leczenie szpitalne? Tak Nie

Data przyjęcia do szpitala: Data wypisu ze szpitala:

Adres placówki szpitalnej:

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem były przeprowadzane badania histopatologiczne lub inne analizy laboratoryjne? Tak Nie

Data badania: Rozpoznanie:

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?* (termin leczenia oznacza bezpośredni okres leczenia urazu oraz zakończenia rehabilitacji)

nie, przewidywany termin zakończenia leczenia (miesiąc, rok):

tak, data zakończenia leczenia (dzień, miesiąc, rok):

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny lub jakiegokolwiek inny pojazd?* Tak Nie

*Jeżeli tak, to prosimy podać rodzaj pojazdu oraz rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia wraz z kategorią uprawnień

.....

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, środków farmakologicznych lub toksycznych bądź innych środków o podobnym działaniu?* Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

.....

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostało wezwane pogotowie ratunkowe? Tak Nie

Czy zaistniałe zdarzenie powstało w związku z wykonywaniem pracy zawodowej lub obowiązków służbowych?

Tak Nie

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem sporządzony został protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*

Tak Nie

*Jeżeli tak, należy dołączyć kopię.

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem była przeprowadzona sekcja zwłok lub było przeprowadzone badanie krwi?*

Tak Nie

*Jeżeli tak, należy dołączyć wynik.

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem prowadzone jest dochodzenie lub toczy się postępowanie sądowe lub prokuratorskie?*

Tak Nie

*Proszę podać przyczynę i rodzaj postępowania.

.....

.....

Adres komendy policji lub prokuratury prowadzącej dochodzenie wraz z sygnaturą akt.

.....

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem powstała niezdolność do pracy?* Tak Nie

*Jeżeli tak, proszę dołączyć dokumentację określającą czas trwania oraz rokowania lekarzy dotyczące jej zakończenia

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostały zgłoszone inne roszczenia? Tak Nie

Konsultacje i badania lekarskie związane ze zdarzeniem:

Prosimy podać dane lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku ze zdarzeniem.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

Prosimy podać dane lekarzy, u których Ubezpieczony leczyl się i korzystał ze świadczeń zdrowotnych oraz dane lekarza pierwszego kontaktu.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

DYSPOZYCJA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Kwotę świadczenia proszę przesłać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

właściciel rachunku: nazwa, oddział banku:

numer rachunku bankowego:

ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

1.	Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego/Zgłaszającego roszczenie	5.
2.		6.
3.		7.
4.		8.

Wykaz wszystkich dokumentów wymaganych do rozpatrzenia zgłaszanego roszczenia określają odpowiednie zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na podstawie których została zawarta Umowa Ubezpieczenia. Wymagane przez Ubezpieczającego dokumenty należy złożyć w oryginale, odpisach lub jako kopie poświadczone za zgodność z oryginałem.

OŚWIDCZENIE UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Oświadczam, że podane przez mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia. Jestem świadomy(a), że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych do rozpatrzenia roszczenia, SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.

Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celach weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, a także informacji o przyczynie śmierci z wyłączeniem badań genetycznych. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych zbieranych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia jest SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 31. Zebrane dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celu informowania o produktach SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. i w celach archiwalnych oraz po wyrażeniu stosownej zgody w celach marketingowych pozostałych spółek należących do Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przetwarzane w celu jej realizacji, natomiast w przypadku odmowy udzielenia ubezpieczenia dane będą przetwarzane w celach archiwalnych. Zebrane dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, w tym reasekuratorom. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia.

.....
Miejscowość i Data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Pełna nazwa lub pieczęć firmowa Ubezpieczającego:

.....

.....

Data przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia: Data zatrudnienia Ubezpieczającego (o ile dotyczy):

Data rozwiązania umowy o pracę (o ile dotyczy):

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
pieczęć i podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

POTWIERDZENIE PRZEZ OSOBĘ ODPOWIEDZIALNĄ ZA OBSŁUGĘ UBEZPIECZENIA

Niniejszym potwierdzam, że w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Umowa pomiędzy Ubezpieczającym, a Ubezpieczonym była prawnie wiążąca.

.....
Data

.....
imię, nazwisko i podpis osoby odpowiedzialnej za obsługę ubezpieczenia