

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - WYPADEK

NUMERY POLIS		NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO	
ZGŁOSZENIE Z KARTY DUŻEJ RODZINY		TAK ☐ NIE ☐	NUMER CERTYFIKATU
DANE UPRAWNIIONEGO, 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 UPRAWNIIONEGO / POSZKODOWANEGO)			
NAZWISKO		IMIĘ	
NUMER PESEL	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI		
DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIIONEGO / 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)			
☐ TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	☐ ZŁAMANIE KOŚCI	☐ POBYT W SZPITALU	
☐ TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	☐ KALECTWO	☐ KOSZTY REHABILITACJI	
☐ CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY (DOT. UBEZP. GRONO)	☐ OPARZENIA CIAŁA	☐ 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 PRYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:			
☐ PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:			
DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)			
CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIIONEGO		DATA PODPISANIA	
		MIEJSCE PODPISANIA	

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:

[illegible]

*JEŻELI NIE PROSIMY O OPIS PROWADZONEGO BĄDŹ PLANOWANEGO LECZENIA:

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

TAK*	NIE
------	-----

5. CZY BYŁO PROWADZONE POSTĘPOWANIE PRZEZ POLICJĘ LUB PROKURATURĘ?

TAK* NIE

6. CZY BYŁO WZYWANE POGOTOWIE RATUNKOWE?

TAK*	NIF
------	-----

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

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

8. 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.

9. NAZWA WYKONYWANEGO ZAWODU:

[illegible]

PUNKTY OD 10 DO 17 NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIE O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

10. CZY W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM POWSTAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY?

TAK*	NIE
------	-----

* JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIE DECYZJI ZUS, KRUS ORAZ DRUKÓW ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO ZUS ZŁA, JAK DŁUGO TRWAŁA:

OD DO ORAZ JAKIE SĄ ROKOWANIA LEKARZY DOTYCZĄCE JEJ ZAKOŃCZENIA:

POBYT W SZPITALU, KOSZTY LECZENIA

11. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM POSZKODOWANY ZOSTAŁ PODDANY LECZENIU SZPITALNEMU?

TAK*		NIE	
------	--	-----	--

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

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

13. DATY POBYTU ORAZ NAZWY I ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH:

OD GODZINA DO

OD GODZINA : DO

OD [] [] . [] [] . [] [] GODZINA [] [] : [] [] DO [] [] . [] [] . [] []

14. CZY W TRAKCIE POBYTU W SZPITALU PRZEPROWADZANO OPERACJĘ CHIRURGICZNĄ?

TAK	NIE
-----	-----

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

15. CZY W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM POSZKODOWANY PONIÓSŁ KOSZTY?

TAK* ☐ NIE ☐

* JEŻELI TAK, PROSIMY O DOŁĄCZENIE ORYGINALNYCH RACHUNKÓW POTWIERDZAJĄCYCH WYDATKI

KOSZTY REHABILITACJI

16. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM ZOSTAŁA ZALECONA PRZEZ LEKARZA REHABILITACJA?

TAK* ☐ NIE ☐

* JEŻELI TAK, PROSIMY O DOŁĄCZENIE ORYGINALNYCH RACHUNKÓW POTWIERDZAJĄCYCH WYDATKI, SKIEROWANIE ORAZ SPECYFIKACJĘ ZALECONYCH ZABIEGÓW

17. 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

JA, NIŻEJ PODPISANY, UPOWAŻNIAM AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ OGÓLNYCH 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, 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 PRZYCZYŃ 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

- ☐ kopia pełnej dokumentacji medycznej z udzielenia pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku oraz z kontynuacji leczenia
- ☐ 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 Ubezpieczonego
- ☐ adresy placówek medycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką poszkodowany pozostawał przed ubezpieczeniem oraz przed zdarzeniem
- ☐ 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
- ☐ inne dokumenty indywidualnie wskazane przez pracownika odpowiedzialnego za rozpatrzenie roszczenia

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, e-mail - jeśli osobiście, podczas wizyty w jednostce Towarzystwa to do protokołu, albo pozostawiając pismo.

Do dyspozycji naszych klientów jest infolinia: 801 888 444 oraz 22 557 44 44 dla osób korzystających z sieci komórkowych, 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, niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania przez nas reklamacji, a w szczególnie skomplikowanym przypadku uniemożliwiającym rozpatrzenie reklamacji w tym terminie (o czym powiadomimy odrębną korespondencją) - nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania przez nas reklamacji.

Administratorem danych wskazanych w reklamacji będzie Towarzystwo. Dane te będą przetwarzane w celu rozpatrzenia reklamacji i osobie zgłaszającej reklamację przysługuje prawo wglądu w treść tych danych osobowych i ich poprawiania.