DZIAŁ OBSŁUGI ROSZCZEŃ
UL. INFLANCKA 4b,
00-189 WARSZAWA
TELECENTRUM: 801 888 444, 22 557 44 44
EMAIL: bok@aviva.pl

AVIVA

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA I NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

TYP ŚWIADCZENIA:

☐ POWAŻNE ZACHOROWANIE ☐ UBEZPIECZENIE SKŁADKI

☐ TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ☐ TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY WSKUTEK NW

NUMERY POLIS **NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH**

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO IMIĘ

NUMER PESEL

ULICA NR DOMU NR MIESZK.

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL:

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

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY:

☐ UBEZPIECZONEGO ☐ MAŁŻONKA / PARTNERA ☐ DZIECKA

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

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

NUMER PESEL

TELEFON KONTAKTOWY MAŁŻONKA LUB PARTNERA ADRES E-MAIL MAŁŻONKA LUB PARTNERA

POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:

☐ PRZELEWU NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

☐ ŚRODKÓW DO ODBIORU W BANKU PEKAO S.A. W CIĄGU 14 DNI OD ICH PRZEKAZANIA ICH PRZEZ TOWARZYSTWO

CZYTELNY PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK

I PRZEBIEG LECZENIA

PROSIMY O PODANIE ADRESU LEKARZA RODZINNEGO I ADRESÓW PLACÓWEK MEDYCZNYCH, W KTÓRYCH BYŁO PROWADZONE LECZENIE

	NAZWA PLACÓWKI	ADRES
1. PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO LUB POZ		
2. PLACÓWKA W KTÓREJ POSTAWIONO DIAGNOZĘ		
3. PLACÓWKA W KTÓREJ PROWADZONO LECZENIE		
4. PLACÓWKA W KTÓREJ PROWADZONO LECZENIE		
5. PLACÓWKA W KTÓREJ PROWADZONO LECZENIE		

II ZDARZENIE:

PONIŻSZE CZĘŚCI WNIOSKU – A LUB B - PROSIMY WYPEŁNIĆ W ZALEŻNOŚCI OD TYPU ŚWIADCZENIA

A. POWAŻNE ZACHOROWANIE

UWAGA:

OCHRONĄ SĄ OBJĘTE CHOROBY, STANY I OPERACJE WYMIENIONE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA.
PROSIMY O SPRAWDZENIE CZY ZGŁASZANE ZDARZENIE JEST OBJĘTE OCHRONĄ W RAMACH UMOWY.

1. NAZWA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, W ZWIĄZKU Z KTÓRYM JEST ZGŁASZANY WNIOSEK O WYPŁATĘ

_____

2. DATA WYSTĄPIENIA PIERWSZYCH OBJAWÓW CHOROBY: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

3. DATA PIERWSZEGO ROZPOZNANIA CHOROBY LUB DATA OPERACJI: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

B. NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY WSKUTEK NW, UBEZPIECZENIE SKŁADKI

UWAGA:

1. OCHRONA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY OBEJMUJE CAŁKOWITĄ I TRWAŁĄ UTRATĘ ZDOLNOSCI DO PROWADZENIA JAKIEJKOLWIEK DZIAŁALNOŚCI ZAROBKOWEJ.

2. OCHRONA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA SKŁADKI OBEJMUJE NIEZDOLNOSĆ DO PRACY WE WŁASNYM ZAWODZIE PRZEZ OKRES CO NAJMNIEJ SZEŚCIU MIESIĘCY.

1. PRZYCZYNA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

☐ CHOROBA — DATA ROZPOZNANIA CHOROBY: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ WYPADEK — DATA WYPADKU: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

PROSIMY O PODANIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

_____

_____

_____

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

_____

_____

2. CZAS TRWANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

PROSIMY O PODANIE CZASU TRWANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY: OD: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ DO: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

3. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

PROSIMY O PODANIE NAZWY ORZECZENIA / DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I ZAŁĄCZENIE JEGO KOPII

☐ ORZECZENIE LEKARZA ZUS / KRUS ☐ ZWOLNIENIA LEKARSKIE ☐ DECYZJA ORGANU RENTOWEGO

☐ INNE, (JAKIE?)

4. NAZWA WYKONYWANEGO AKTUALNIE ZAWODU

☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

POTRZEBNE DOKUMENTY

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

- ✓ kopie wyników badań potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania
- ✓ kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
- ✓ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia dowodu osobistego małżonka lub partnera oraz aktu małżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NW, UBEZPIECZENIA SKŁADKI

- ✓ kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
- ✓ kopie dokumentów potwierdzających nieprzerwaną niezdolność do pracy, zwolnień lekarskich, decyzji ZUS, KRUS lub innych organów rentowych
- ✓ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia małżonka lub partnera
- ✓ jeśli zdarzenie było następstwem wypadku, kopie notatki policyjnej, protokołu BHP 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 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: 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, 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), udzielimy odpowiedzi 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.