

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - WYPADEK

NUMERY POLIS	NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ZGŁOSZENIE Z KARTY DUŻEJ RODZINY TAK NIE NUMER CERTYFIKATU

DANE UPRAWNIONEGO, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO	IMIĘ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NUMER PESEL	SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA	NR DOMU	NR MIESZK.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFON KONTAKTOWY	ADRES EMAIL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO / POSZKODOWANEGO)

NAZWISKO	IMIĘ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER PESEL	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO / UBEZPIECZONEGO)

NAZWISKO	IMIĘ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER PESEL	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TYP ROSZCZENIA WSKUTEK NW (PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X” WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANYCH OPCJI)

<input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	<input type="checkbox"/> ZŁAMANIE KOŚCI	<input type="checkbox"/> POBYT W SZPITALU
<input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> KALECTWO	<input type="checkbox"/> KOSZTY REHABILITACJI
<input type="checkbox"/> CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY (DOT. UBEZP. GRONO)	<input type="checkbox"/> OPARZENIA CIAŁA	<input type="checkbox"/> KOSZTY LECZENIA
<input type="checkbox"/> 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 UPRAWNIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

MIEJSCE PODPISANIA

OPIS OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM

1. RODZAJ, PRZEBIEG ORAZ PRZYCZYNA ZDARZENIA:

2. OPIS WYSTĘPUJĄCYCH OBECNIE DOLEGLIWOŚCI I OBJAWÓW (W PRZYPADKU BLIŹN 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 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* NIE

*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:

PUNKTY OD 10 DO 17 NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ 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 KOPIĘ 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 ZASIEGANIA 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.