

DZIAŁ C  
UL. IN  
00-183  
TELECE  
EMAIL: bok@aviva

Prosimy o wskazanie typu świadczenia



## 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO  IMIĘ

NUMER PESEL

ULICA  NR DOMU  NR MIESZK.

KOD POCZTOWY  MIEJSCOWOŚĆ

TELEFON KONTAKTOWY

Podanie adresu e-mail Klienta sprawi, że korespondencję Klient otrzyma szybko w formie elektronicznej

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 MAŁŻONKI, PARTNERA LUB DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Dane małżonka lub dziecka potrzebne są tylko jeśli roszczenie dotyczy dziecka lub małżonka. Przy roszczeniach Ubezpieczonego tą część można pominąć

NAZWISKO 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 ŚWIA

Prosimy o sprawdzenie jakie poważne zachorowania są objęte ochroną i z tytułu którego Klient wnioskuję o świadczenie

### 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 ZDOLNOŚCI DO PROWADZENIA JAKIEJKOLWIEK DZIAŁALNOŚCI ZAROBKOWEJ.

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

1. PRZYCZYNA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

CHOROBA

WYPADEK

Prosimy o wypełnienie części B tylko jeśli niezdolność do pracy ma charakter całkowity i trwały, albo jeśli Klient wnioskuję o ubezpieczenie składki. Jeśli roszczenie dotyczy tylko poważnego zachorowania, tą część należy pominąć

DATA W.

PROSIMY O PODANIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

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

2. CZAS TRWANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

PROSIMY O PODANIE CZASU TRWANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:

OD:  DO:



## 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](mailto: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.