

### FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - WYPADEK

NUMERY POLIS	UBEZPIEZAJĄCY - NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA ZAKŁADU PRACY
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DANE UPRAWNIONEGO, 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 UPRAWNIONEGO / POSZKODOWANEGO)**

NAZWISKO  IMIĘ

NUMER PESEL  SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

**DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO / 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)**

**\* DOTYCZY UBEZPIECZEŃ OGÓLNYCH**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU                          | <input type="checkbox"/> KALECTWO                    | <input type="checkbox"/> * ZŁAMANIE KOŚCI  |
| <input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU MAŁŻONKA                 | <input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA | <input type="checkbox"/> * OPARZENIE CIAŁA                                       |
| <input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY               | <input type="checkbox"/> KOSZTY REHABILITACJI        | <input type="checkbox"/> * CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY                          |
| <input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE / POBYT W SZPITALU                 | <input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI       | <input type="checkbox"/> * KOSZTY LECZENIA                                       |
| <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA (DOT. UBEZP. NA ZDROWIE, ZDROWE ŻYCIE) |  | <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 PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:**

PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:

**DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)**

\* WYPŁATĄ GOTÓWKOWĄ (ODBIÓR W WYBRANYM ODDZIALE BANKU PEKAO SA, PO OKAZANIU DOWODU OSOBISTEGO, W CIĄGU 14 DNI OD PRZEKAZANIA ŚRODKÓW PRZEZ TOWARZYSTWO) \*NIE DOTYCZY POLIS ROZSĄDNY PARTNER 1, 2; GRONO, PARTNER W PODRÓŻY  
**UWAGA! W PRZYPADKU WYPŁATY GOTÓWKOWEJ NALEŻY WSKAZAĆ TELEFON KONTAKTOWY W POLU DANYCH UPRAWNIONEGO**

**CZYTELNY PODPIS IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM****DATA PODPISANIA****MIEJSCE PODPISANIA**



15. CZY W TRAKCIE POBYTU W SZPITALU PRZEPROWADZANO OPERACJĘ CHIRURGICZNĄ? TAK  NIE   
**KOSZTY LECZENIA, KOSZTY NAPRAWY, ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

16. CZY W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM POSZKODOWANY PONIÓSŁ KOSZTY? TAK\*  NIE   
 \*JEŻELI TAK, PROSIMY O SPORZĄDZENIE SPECYFIKACJI RACHUNKÓW DOTYCZĄCYCH KOSZTÓW LECZENIA  
 NUMER, DATA, CZEGO DOTYCZY ORAZ KTO OPLACIŁ RACHUNEK

WARTOŚĆ W WALUCIE

1) \_\_\_\_\_           ,

2) \_\_\_\_\_           ,

3) \_\_\_\_\_           ,

4) \_\_\_\_\_           ,

NAZWA WALUTY                            SUMA W WALUCIE           ,

**KOSZTY REHABILITACJI**

17. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM ZALECONA ZOSTAŁA REHABILITACJA? TAK\*  NIE   
 \*JEŻELI TAK, JAK DŁUGO TRWAŁA ORAZ NA CZYM POLEGAŁA:

OD    .   .   DO    .   .

OD    .   .   DO    .   .

OD    .   .   DO    .   .

18. CZY BYŁA ZWIĄZANA Z KONIECZNOŚCIĄ OPLACENIA ZALECONYCH ZABIEGÓW LUB ZAKUPU ZALECONEGO SPRZĘTU? TAK\*  NIE   
 \* JEŻELI TAK, PROSIMY O DOŁĄCZENIE ORYGINALNYCH RACHUNKÓW POTWIERDZAJĄCYCH TE WYDATKI ORAZ  
 PODANIE ŁĄCZNEJ SUMY PONIESIONYCH KOSZTÓW REHABILITACJI: SUMA W ZŁOTYCH           ,

JA, NIŻEJ PODPISANY, UPOWAŻNIAM AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ OGÓLNYCH SA\* / AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIĘ SA\* (\* NIĘPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) 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

- oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia kart wypisowych ze szpitala oraz skierowań do szpitala
- kopia pełnej dokumentacji medycznej od momentu zdarzenia do chwili obecnej
- 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 Uprawnionego oraz, w stosunku do Uprawnionych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, jego opiekuna prawnego
- kopia decyzji ZUS, KRUS oraz druków zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA
- adresy placówek medycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką poszkodowany pozostawał przed ubezpieczeniem oraz przed zdarzeniem
- w przypadku nieszczęśliwego wypadku małżonka - oryginał lub kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa
- 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
- w stosunku do uprawnionych niepełnoletnich, gdy opiekunem nie jest rodzic - kopia prawomocnego postanowienia sądownego o stanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora
- inne dokumenty indywidualnie wskazane przez pracownika odpowiedzialnego za rozpatrzenie roszczenia

W przypadku zlecenia wypłaty świadczenia na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawnionego, obligatoryjnie powinno być ono poświadczane notarialnie za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

Uprawnienia do poświadczania kopii rachunków, faktur i kwitów kasowych, za zgodność z oryginałem, posiadają Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filialach, Oddziałach oraz Przedstawicielstwach Towarzystwa, notariusz oraz wystawca dokumentu. W przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie również ubezpieczający.

Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku - przez polską placówkę dyplomatyczną.