

Zgłaszane roszczenie dotyczy*:

- pobytu w szpitalu w wyniku choroby
- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)
- całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego
- inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

dowód osobisty

paszport

PESEL / data urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

Płeć

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu/lokalu Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Rodzaj telefonu

Numer telefonu

Dane dotyczące wypadku

DDMMRRRR
Data wypadku

Okoliczności i miejsce
wypadku (wyczerpująco):

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?*

Tak Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?*

Tak Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*

Tak Nie

Czy w związku wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?*

Tak Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy:

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od do

Przyczyna pobytu w szpitalu*: choroba
 wypadek (wymagane wypełnienie pól powyżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Nazwa i adres szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy zostało zakończone leczenie?* Tak Nie
Czy w trakcie leczenia szpitalnego Ubezpieczony przebywał na OIOM/OIT? Tak Nie

Dane dotyczące całkowitej niezdolności do pracy/całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji

Nazwa i adres placówki medycznej/szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji:

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL/ data urodzenia _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Rodzaj dokumentu tożsamości _____
Obywatelstwo _____ Państwo urodzenia _____ E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) _____
+48 +48
Telefon komórkowy _____ Telefon stacjonarny _____

Adres zamieszkania

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego _____

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Przekaz pocztowy

Adres:

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

Data _____ Miejscowość _____ Podpis zgłaszającego roszczenie _____

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy o przekazanie do Towarzystwa oryginałów lub kopii następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

POBYT W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego

POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- opis okoliczności zdarzenia, tj. nieszczęśliwego wypadku
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)

POBYT NA ODDZIALE INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM/OIT)

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kartę leczenia szpitalnego z informacją o pobycie na oddziale intensywnej opieki medycznej

CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ALBO CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym:

Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem

przez tłumacza przysięgłego.

kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem

- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania).

INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital)
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem

ZŁAMANIE KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia

Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Tak Nie

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na**:

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

3. Ja niżej podpisany zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” (Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA) i wyrażam zgodę na

wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;

- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwom.**

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwiskach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.**

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystw;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do Umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z ty-

tułu umowy grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” do świadczenia i jego wysokości.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Tak Nie

4. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, jak i po przystąpieniu do niej, także na innym trwałym nośniku niż papier, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Tak Nie

5. Niniejszym wnoszę do Towarzystwa o udzielanie mi odpowiedzi na reklamacje za pomocą trwałego nośnika. Wnoszę o dostarczanie takich odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail i jednocześnie wyrażam zgodę na użycie w tym celu podanego adresu e-mail.

Tak Nie

Trwały nośnik – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci.

Co to oznacza? – trwałym nośnikiem jest np. PDF wysłany na adres e-mail, płyta CD lub pendrive z zapisanym plikiem w postaci PDF.

6. Oświadczam, że przekazano mi dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Ubezpieczonego*

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Uprawnionego
(jeżeli inny niż Ubezpieczony)

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie
(jeżeli inny niż Ubezpieczony lub Uprawniony)

Prosimy przesać druk zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: Obszar Bancassurance

* skreślić niewłaściwe

** zaznacz właściwe

*** nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci