

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA**  
DOTYCZY UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY PRACY ALBO CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY  
ALBO POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

**A. NUMER POLISY /POLE WYMAGANE/**

**B. DANE UBEZPIECZONEGO**

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA, MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA, MIEJSCOWOŚĆ

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL /DRUKOWANE LITERY/

**C. DANE UPRAWNIIONEGO /WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO/**

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA, MIEJSCOWOŚĆ

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA, MIEJSCOWOŚĆ

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL /DRUKOWANE LITERY/

**D. RODZAJ ZDARZENIA /PROSIMY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWY/**

UTRATA PRACY

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

POWAŻNE ZACHOROWANIE

**E. DATA ZDARZENIA**

**F. POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:**

PRZELEWEM NA KONTO

NUMER

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIIONEGO /IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES/

DATA

MIEJSCE PODPISANIA

CZYTELNY PODPIS UPRAWNIIONEGO /IMIENIEM I NAZWISKIEM/

**G. PRZEBIEG ORAZ OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA /OPIS/**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DATA

d d m m r r r r

MIEJSCE PODPISANIA

.....

.....  
CZYTELNY PODPIS UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

**H. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY / POWAŻNE ZACHOROWANIE**

1. Forma zatrudnienia na dzień zdarzenia:

Własna działalność gospodarcza  
 Umowa – zlecenie  
 Umowa o pracę  
 Inna (jaka?) .....

2. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony posiadał uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy?

TAK  NIE

3. Czy było prowadzone postępowanie przez policję lub prokuraturę?

TAK  NIE

Jeżeli „TAK” to prosimy o podanie adresów i dołączenie dokumentacji: protokołu policyjnego, BHP, postanowienia prokuratorskiego:

.....  
.....

4. 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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DATA

d d m m r r r r

MIEJSCE PODPISANIA

.....

.....  
CZYTELNY PODPIS UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

## I. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Upoważniam Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. z siedzibą w Warszawie oraz Aviva Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do zasięgania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia z wyłączeniem wyników badań genetycznych, oraz w innych instytucjach celem weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz o innych okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z tytułu roszczenia zgłoszonego przeze mnie na niniejszym formularzu i wysokości tego świadczenia. Niniejsze upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa w chwili mojej śmierci.

DATA

d d m m r r r r

MIEJSCE PODPISANIA

\_\_\_\_\_

CZYTELNY PODPIS UBEZPIECZONEGO

## J. WYMAGANE DOKUMENTY

- W przypadku roszczenia z tytułu Utraty pracy**
  - wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
  - zaświadczenie wydane przez powiatowy urząd pracy (minimum po 30 dniach pozostawania osobą bezrobotną) stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany jako bezrobotny oraz że przysługuje mu zasiłek dla bezrobotnych,
  - kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania Umowy o pracę skutkującego Utratą Pracy,
  - kopia pisma pracodawcy wypowiadającego Umowę o pracę,
  - kopia umowy o pracę.
- W przypadku roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy**
  - wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
  - zaświadczenie potwierdzające Czasową Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
  - dokumentacja medyczna Ubezpieczonego potwierdzająca przyczynę niezdolności do pracy od początku zdiagnozowania choroby,
  - dokument potwierdzający formę zatrudnienia,
  - w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, dołączyć należy: kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pomocy bezpośrednio po wypadku, protokół policji z miejsca zdarzenia i/lub protokół BHP sporządzony przez zakład pracy.
- W przypadku roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania**
  - wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
  - dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie Poważnego zachorowania, którego dotyczy roszczenie,
  - kopia dokumentu, potwierdzającego uzyskiwanie przez Ubezpieczonego w Dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w zakresie Poważnego Zachorowania przychodów z tytułu emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.

## Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Administrator danych	<ul style="list-style-type: none"><li>Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A.;</li></ul>
Inspektor danych osobowych	<ul style="list-style-type: none"><li>kontakt elektronicznie na adres e-mail: bok@aviva.pl, pisemnie na adres administratora;</li></ul>
Cele przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"><li>wykonywanie umowy ubezpieczenia;</li><li>badanie satysfakcji klientów;</li><li>dochodzenie roszczeń;</li><li>przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym;</li><li>wykonywanie innych obowiązków przewidzianych przepisami prawa;</li></ul>
Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"><li>niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy;</li><li>prawnie uzasadnione interesy Administratora danych;</li><li>obowiązek prawny;</li><li>zgoda;</li></ul>
Źródło danych	<ul style="list-style-type: none"><li>formularze zgłoszenia i dokumentacja roszczenia;</li><li>inni ubezpieczyciele;</li><li>podmioty świadczące usługi lecznicze (placówki medyczne) oraz Narodowy Fundusz Zdrowia;</li><li>Sądy, prokuratury, Policja oraz inne organy i instytucje, informacje o okolicznościach wypadków i zdarzeń losowych w tym informacje o wyrokach i naruszeniach prawa;</li></ul>
Odbiorcy danych	<ul style="list-style-type: none"><li>podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora danych;</li><li>reasekuratorzy;</li><li>organy administracji publicznej;</li><li>inne zakłady ubezpieczeń;</li></ul>
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"><li>prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;</li><li>prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego;</li><li>prawo do przenoszenia danych osobowych;</li><li>prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;</li></ul>
Okres przechowywania danych	<ul style="list-style-type: none"><li>termin przedawnienia roszczeń lub inny termin wynikający z przepisów prawa;</li></ul>
Szczegółowe informacje	<ul style="list-style-type: none"><li>polityka prywatności na stronie internetowej Administratora danych (www.aviva.pl);</li></ul>