

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

DOTYCZY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALBO NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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 UPRAWNIONEGO /WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ŚMIERCI 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. TYP ROSZCZENIA /PROSIMY ZAZNACZYĆ „X” WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANEGO UBEZPIECZENIA/

ŚMIERĆ

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

E. DATA

W DNIU

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

PRZELEWEM NA KONTO

NUMER

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

DATA

MIEJSCE PODPISANIA

CZYTELNY PODPIS UPRAWNIONEGO /MIENIEM I NAZWISKIEM/

G. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – ŚMIERĆ

1. Czy w związku z zdarzeniem było prowadzone dochodzenie przez policję lub prokuraturę?

TAK

NIE

Jeśli tak to prosimy o podanie adresów, ewentualnie dołączenie dokumentacji: protokołu policyjnego, BHP, postanowienia prokuratorskiego

2. Jeśli zdarzenie nastąpiło przed upływem trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia prosimy o podanie nazwy i adresu przychodni rejonowej lub lekarza rodzinnego, z porad którego korzystał Ubezpieczony

H. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

1. Prosimy o krótki opis zdarzenia (opis postawionego rozpoznania, opis wypadku)

2. Czy w związku ze zdarzeniem było prowadzone dochodzenie przez policję lub prokuraturę?

TAK

NIE

Jeśli tak to prosimy o podanie adresów, ewentualnie dołączenie dokumentacji: protokołu policyjnego, BHP, postanowienia prokuratorskiego

3. Prosimy o podanie nazwy i adresu przychodni rejonowej lub lekarza rodzinnego, z porad którego Pan/Pani korzysta oraz adresu placówki medycznej, bądź lekarza stawiającego diagnozę, a także kopii wykonywanych badań, kart leczenia szpitalnego

4. Prosimy o podanie daty od kiedy nieprzerwanie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim

Od

I. INFORMACJE DODATKOWE

- W przypadku roszczenia z tytułu śmierci – zgłoszenia dokonuje Uprawniony – osoba Uposażona wskazana w polisie
- W przypadku roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niepełnosprawności – zgłoszenia dokonuje Ubezpieczony.

J. WYMAGANE DOKUMENTY

1. W przypadku roszczenia z tytułu śmierci

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego za granicą, akt zgonu uwierzytelniony przez polską placówkę dyplomatyczną,
- kopia karty zgonu, postanowienie prokuratora lub dokumentacja medyczna zawierająca informację o przyczynie zgonu (jeżeli od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia zdarzenia ubezpieczeniowego minęło mniej niż 3 lata),
- kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub inne dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji, gdy śmierć była skutkiem nieszczęśliwego wypadku,
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie.

2. W przypadku roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niepełnosprawności

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
- dokumentacja medyczna (historia choroby, karta leczenia szpitalnego) dotycząca leczenia w związku z Trwałą i całkowitą niepełnosprawnością,
- kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub inne dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem,
- orzeczenie Uprawnionego Organu stwierdzające Całkowitą Niezdolność do Pracy lub stwierdzające Znaczny Stopień Niepełnosprawności Ubezpieczonego.

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