



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY ALBO CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ALBO POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, ALBO ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Proszę uzupełnić i podpisać formularz, a następnie odesłać go do nas e-mailem na adres: bok@aviva.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA, ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa (w tytule prosimy napisać: „Dział Likwidacji Szkód Osobowych”).

Numer polisy

Kiedy doszło do zdarzenia?

Data zdarzenia: _____

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko: _____ Imię: _____

PESEL: _____

Adres korespondencyjny – ulica, miejscowość: _____

Numer domu: _____ Numer mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ Poczta, miejscowość: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Dane Osoby uprawnionej do odbioru świadczenia /proszę wypełnić w przypadku roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego/

Nazwisko: _____ Imię: _____

PESEL: _____

Adres korespondencyjny - ulica, miejscowość: _____

Numer domu: _____ Numer mieszkania: _____

Kod Poczty: _____ Poczta, miejscowość: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Polecenie wypłaty

Jeśli świadczenie zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty:

Nr rachunku:

Dane właściciela konta, jeżeli jest inny od Osoby uprawnionej do odbioru świadczenia /imię, nazwisko, nazwa oraz adres/:

PESEL: _____

Co się wydarzyło?

Rodzaj zdarzenia:

Utrata pracy

Czasowa niezdolności do pracy

Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Zgon wskutek nieszczęśliwego wypadku

Informacje o zdarzeniu

Proszę możliwie dokładnie opisać przyczyny i przebieg zdarzenia.

Czy było prowadzone postępowanie przez policję lub prokuraturę?

TAK NIE

Jeśli w sprawie zdarzenia trwało dochodzenie, prosimy o podanie nazwy i adresu policji, prokuratury lub sądu oraz sygnatury akt:

Informacje dotyczące zdarzenia – Utrata do pracy / Czasowa niezdolność do pracy / Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Forma zatrudnienia na dzień zdarzenia:

Umowa o pracę

Własna działalność gospodarcza

Umowa – zlecenie

Stosunek służbowy

Inna (jaka?) _____

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

TAK NIE

Czy w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczony posiadał status Bezrobotnego?

TAK NIE

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.

Wymagane dokumenty

W przypadku utraty pracy:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- decyzja Powiatowego Urzędu Pracy o nabyciu statusu bezrobotnego
- zaświadczenie wydane przez Powiatowy Urząd Pracy wystawione po 30 dniach posiadania statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku
- pismo wypowiedzające umowę o pracę
- świadectwo pracy
- umowa o pracę

W przypadku czasowej niezdolności do pracy:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- wszystkie zwolnienia lekarskie (druk ZUS ZLA)
- dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę niezdolności do pracy
- dokument potwierdzający formę zatrudnienia

W przypadku zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- akt zgonu
- karta zgonu
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- dokument potwierdzający tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie

W przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- karta leczenia szpitalnego
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku

Dokumenty proszę przesłać:

- w formie skanu na adres e-mail: bok@aviva.pl (w tytule prosimy napisać: „Dział Likwidacji Szkód Osobowych”) lub
- pocztą na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A., ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa (w tytule prosimy napisać: „Dział Likwidacji Szkód Osobowych”).

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 zasięgnięcia 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. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę świadczenia w formie e-mail. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

DATA

MIEJSCE PODPISANIA

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę świadczenia w formie e-mail. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Podpis Osoby zgłaszającej roszczenie, w przypadku gdy zgłaszającym roszczenie jest osoba inna niż Ubezpieczony

DATA

MIEJSCE PODPISANIA

Czytelny podpis Osoby zgłaszającej roszczenie