

Zgłoszenie Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

| | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------------|
| A | Data zgłoszenia | Data przystąpienia | Nr Ubezpieczonego | Nr roszczenia |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Szare pola wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. | | | | |
| B | Ubezpieczający | | | Nr Polisy |
| | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| | Nazwa Ubezpieczającego | | | |
| | <input type="text"/> | | | |
| C | Dane Ubezpieczonego | | | |
| | Imię i nazwisko | | | |
| | <input type="text"/> | | | |
| | Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) | Kod | Miejscowość | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | PeSEL/ Data urodzenia (w przypadku braku PESEL) | Seria i nr dokumentu tożsamości | Rodzaj dokumentu tożsamości | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport | |
| | Obywatelstwo | Państwo urodzenia | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| | Adres e-mail | Telefon | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| D | Dane osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia (jeżeli jest nią Ubezpieczony prosimy nie wypełniać tej sekcji) | | | |
| | Imię i nazwisko | | | |
| | <input type="text"/> | | | |
| | Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) | Kod | Miejscowość | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | PeSEL/ Data urodzenia (w przypadku braku PESEL) | Seria i nr dokumentu tożsamości | Rodzaj dokumentu tożsamości | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport | |
| | Obywatelstwo | Państwo urodzenia | NIP (w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą) | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Adres e-mail (w celu usprawnienia komunikacji związanej z roszczeniem, prosimy o podanie adresu e-mail oraz zaznaczenie poniższej zgody) | | | Telefon |
| | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE Wyrażam zgodę na otrzymywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia przesyłanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie likwidacji roszczenia. | | | |
| E | Oświadczenie osoby fizycznej ubiegającej się o wypłatę świadczenia o statusie PEP | | | |
| | Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/-am osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz. I. 2018 poz. 723, z późn. zmianami). | | | |
| | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | |
| | (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy wypełnić Formularz PEP) | | | |
| | Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. | | | |
| F | Sposób wypłaty świadczenia | | | |
| | Kwotę świadczenia proszę przesłać na: | | | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> Adres domowy | <input type="checkbox"/> Rachunek bankowy | nr konta | |
| G | Osoba, której dotyczy zdarzenie | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> Współmałżonek/Partner | <input type="checkbox"/> Dziecko | <input type="checkbox"/> Rodzic |
| | <input type="checkbox"/> Teść | | | |
| H | Rodzaj ubezpieczenia | | | |
| | <input type="checkbox"/> Śmierć ^{1), 3), 4), 5), 6), 7)} | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu ^{1), 2), 4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka ^{1), 5), 6), 7)} | <input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM ^{1), 2), 4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Urodzenie dziecka ^{1), 7)} | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna ^{2), 4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Urodzenie martwego dziecka ^{7), 8), 10)} | <input type="checkbox"/> Rekonwalescencja szpitalna ^{4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Urodzenie dziecka z niską punktacją w skali APGAR ^{1), 7), 8)} | <input type="checkbox"/> Świadczenie apteczne ^{7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną ^{1), 7), 8)} | <input type="checkbox"/> Pobyt w sanatorium ^{7), 8), 9)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie ^{1), 2), 4), 7), 8)} | <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek ^{1), 2), 4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Nowotwór ^{2), 7), 8)} | <input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo ^{2), 4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Choroba zakaźna ^{2), 4), 7), 8)} | <input type="checkbox"/> Całkowita i trwała niezdolność do pracy ^{4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> Leczenie specjalistyczne ^{7), 8)} | <input type="checkbox"/> Niezdolność do samodzielnej egzystencji ^{4), 7), 8)} | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy ^{4), 7), 11)} | | |
| | ¹⁾ Jeśli zdarzenie dotyczy dziecka Ubezpieczonego, prosimy dołączyć akt urodzenia dziecka oraz w przypadku gdy dziecko było przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie. ²⁾ Jeśli zdarzenie dotyczy współmałżonka Ubezpieczonego, prosimy dołączyć aktualny na dzień zdarzenia odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego. | | | |

H

Rodzaj ubezpieczenia

- 3) Jeśli zdarzenie dotyczy rodzica, macochy, ojczyma, teścia/-owej Ubezpieczonego, prosimy dołączyć:
 - aktualny na dzień zdarzenia odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego i współmałżonka – w przypadku śmierci teścia/-owej;
 - odpis aktu zgonu biologicznego rodzica – w przypadku zgonu ojczyma/macochy;
 - oświadczenie o nie ubieganiu się w przyszłości o adekwatne świadczenie - w przypadku zgonu ojczyma/macochy;
 - aktualny na dzień zdarzenia odpis aktu małżeństwa rodzica i ojczyma lub macochy Ubezpieczonego – w przypadku śmierci ojczyma lub macochy Ubezpieczonego;
 - aktualny na dzień zdarzenia odpis aktu małżeństwa teścia/-owej i ojczyma lub macochy współmałżonka – w przypadku śmierci ojczyma lub macochy współmałżonka Ubezpieczonego;
 - odpis aktu zgonu współmałżonka oraz oświadczenie o nie wstąpieniu ponownie w związek małżeński - w przypadku zgonu teścia/-owej po zgonie współmałżonka.
- 4) Jeśli przyczyną zdarzenia był wypadek, prosimy dołączyć dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku, protokół powypadkowy, notatkę policyjną, postanowienie prokuratury, sądu jeśli brały udział w wyjaśnieniu okoliczności zdarzenia, dowód rejestracyjny pojazdu, prawo jazdy ubezpieczonego/współubezpieczonego jeśli kierował pojazdem podczas wypadku oraz należy wypełnić sekcję I.
- 5) Prosimy dołączyć odpis aktu zgonu.
- 6) Jeśli zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego, współmałżonka/partnera, dziecka Ubezpieczonego prosimy dołączyć dokument stwierdzający przyczynę zgonu.
- 7) Prosimy dołączyć dokument tożsamości osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia.
- 8) Prosimy dołączyć pełną dokumentację medyczną.
- 9) Prosimy dołączyć skierowanie na leczenie uzdrowiskowe potwierdzone przez NFZ, dokumentację medyczną z pobytu w sanatorium.
- 10) Prosimy dołączyć odpis aktu urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu.
- 11) Prosimy dołączyć orzeczenie lekarskie na druku ZLA stwierdzające długość trwania zwolnienia, dokumentację medyczną zawierającą przyczynę/diagnozę z ICD-10, przy wypłacie świadczenia dziennego powyżej kwoty gwarantowanej dodatkowo - kopię dokumentów potwierdzających wysokość uzyskanego przychodu np. kopię książki przychodów, formularz PIT.

I

Informacje dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

dd/mm/rrrr

Miejsce zdarzenia

| |
|--|
| |
|--|

Czy ubezpieczony w trakcie wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych?

TAK

NIE

Proszę zaznaczyć **tak** lub **nie**.

Opis zdarzenia

| |
|--|
| |
|--|

J

Rozpatrywanie reklamacji w TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.

TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informuje, że na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 05.08.2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz. U. z 2015 r., poz. 1348), Klientowi (ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia) przysługuje możliwość złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.

Reklamacja może zostać złożona:

- 1) w formie pisemnej – osobiście lub przesyłką pocztową we wszystkich jednostkach INTER-ŻYCIE Polska obsługujących Klientów, w tym u agentów uprawnionych do działania w imieniu lub na rzecz INTER-ŻYCIE Polska;
- 2) ustnie – telefonicznie lub osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce INTER-ŻYCIE Polska obsługującej Klientów;
- 3) w formie elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej www.interpolska.pl.

Wykaz jednostek INTER-ŻYCIE Polska obsługujących Klientów, w których możliwe jest złożenie reklamacji, zamieszczony jest na stronie internetowej www.interpolska.pl.

Odpowiedź na reklamację zostaje udzielona niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.

W przypadkach szczególnie skomplikowanych, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa powyżej, INTER-ŻYCIE Polska w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
- 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi – nie dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Po rozpatrzeniu reklamacji INTER-ŻYCIE Polska udziela Klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika, a na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona również pocztą elektroniczną na wskazany adres.

Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania skarg i zażaleń na piśmie do INTER-ŻYCIE Polska. Organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Zarząd INTER-ŻYCIE Polska. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia otrzymania.

K

Oświadczenia osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje o możliwości, miejscu i formie składania reklamacji, terminie rozpatrzenia oraz sposobie powiadomienia o rozpatrzeniu reklamacji, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 05.08.2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz organie właściwym do ich rozpatrzenia; jak również, że szczegółowe informacje w tym zakresie zamieszczone są na stronie internetowej www.interpolska.pl.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Zwalniam lekarzy, lekarzy dentyistów oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, również w przypadku mojej śmierci oraz upoważniam je, aby udzieliły Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nałogów oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku ubezpieczeniowym lub deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia (ocena ryzyka) i innych dokumentach oraz weryfikacji dokumentów wniesionych w celu realizacji świadczenia (podstawa prawna: art. 40 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty).

Wyrażam zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wniesionych przeze mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny.

Wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia, zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w celu weryfikacji informacji podanych w deklaracji zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie lub wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości w następstwie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B od Narodowego Funduszu Zdrowia, danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

| |
|--|
| |
|--|

Miejscowość, data

| |
|--|
| |
|--|

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia