

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A Informacje ogólne

Data zgłoszenia

Data przystąpienia

Nr Ubezpieczonego

Nr roszczenia

Szare pola wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

B Ubezpieczający

Nazwa Ubezpieczającego

Nr Polisy

C Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

Adres

Ulica/Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

PESEL/Data urodzenia

Seria i nr dowodu tożsamości

Rodzaj dokumentu tożsamości

dowód osobisty paszport

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Telefon

e-mail

D Dane osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia (jeżeli jest nią Ubezpieczony prosimy nie wypełniać tej sekcji)

Imię i nazwisko

Adres

Ulica/Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

PESEL/Data urodzenia

Seria i nr dowodu tożsamości

Rodzaj dokumentu tożsamości

dowód osobisty paszport

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

NIP (w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą)

Telefon

e-mail

TAK / 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).

TAK 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:

Adres domowy Rachunek bankowy

Nr konta

G Osoba, której dotyczy zdarzenie

Ubezpieczony Współmałżonek/Partner Dziecko Rodzic 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 poszpitalna ^{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)} |

- Jeśli zdarzenie dotyczy dziecka Ubezpieczonego, prosimy dołączyć akt urodzenia dziecka oraz w przypadku gdy dziecko było przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie.
- Jeśli zdarzenie dotyczy współmałżonka Ubezpieczonego, prosimy dołączyć aktualny na dzień zdarzenia odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego.
- 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.
- 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.
- Prosimy dołączyć odpis aktu zgonu.
- Jeśli zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego, współmałżonka/partnera, dziecka Ubezpieczonego prosimy dołączyć dokument stwierdzający przyczynę zgonu.
- Prosimy dołączyć dokument tożsamości osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia.
- Prosimy dołączyć pełną dokumentację medyczną.
- Prosimy dołączyć skierowanie na leczenie uzdrowiskowe potwierdzone przez NFZ, dokumentację medyczną z pobytu w sanatorium.
- Prosimy dołączyć odpis aktu urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu.
- 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.

- Możliwość złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez INTER-ŻYCIE Polska przysługuje:
 - Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną,
 - Ubezpieczającemu będącemu osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej, (zwanymi „Klientami”).
- Reklamacja może zostać złożona:
 - na piśmie:
 - w postaci papierowej – osobiście we wszystkich jednostkach INTER-ŻYCIE Polska obsługujących Klientów oraz u agentów uprawnionych do działania w imieniu lub na rzecz INTER-ŻYCIE Polska, albo wysłana przesyłką pocztową na adres jednostki INTER-ŻYCIE Polska obsługującej Klientów, albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - w postaci elektronicznej – za pośrednictwem formularza online dostępnego na stronie internetowej www.interpolska.pl albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych INTER-ŻYCIE Polska: AE:PL-89697-31571-CTBWW-25;
 - ustnie – telefonicznie pod numerem 22 333 77 33 lub osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce INTER-ŻYCIE Polska obsługującej Klientów.
- 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 kalendarzowych od dnia jej otrzymania.
- W przypadkach szczególnie skomplikowanych, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, INTER-ŻYCIE Polska w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi – nie dłuższy niż 60 dni kalendarzowych od dnia otrzymania reklamacji.

6. Odpowiedź INTER-ŻYCIE Polska na reklamację jest udzielana:
- 1) w przypadku, gdy Klientem jest osoba fizyczna – na piśmie:
 - a) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - b) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie;
 - 2) w przypadku, gdy Klientem nie jest osoba fizyczna – w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 pkt 1) lit. a) powyżej, odpowiedź jest udzielana:
- 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez Klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania skarg do INTER-ŻYCIE Polska w sposób określony w ust. 2 pkt. 1 i 2. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia otrzymania.
9. Reklamacje i skargi rozpatrywane są przez Zarząd INTER-ŻYCIE Polska albo osobę lub jednostkę upoważnioną przez Zarząd INTER-ŻYCIE Polska.
10. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, uprawniony z umowy ubezpieczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

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, nałóg 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