



Zgłoszenie Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A	Data zgłoszenia	<input type="text"/>	Nr roszczenia	<input type="text"/>
Szare pola wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.				
B	Ubezpieczający	Nr Polisy <input type="text"/>		
Nazwa Ubezpieczającego				
<input type="text"/>				
C	Dane Ubezpieczonego			
Imiona				
<input type="text"/>				
Nazwisko				
<input type="text"/>				
Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania				
<input type="text"/>				
Kod		Miejscowość		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Pesel		Seria i nr dowodu osobistego		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adres e-mail				
<input type="text"/>				
D	Dane osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia (jeżeli jest nią Ubezpieczony prosimy nie wypełniać tej sekcji)			
Imiona				
<input type="text"/>				
Nazwisko				
<input type="text"/>				
Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania				
<input type="text"/>				
Kod		Miejscowość		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Pesel		Seria i nr dowodu osobistego		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adres email				
<input type="text"/>				
E	Sposób wypłaty świadczenia			
Kwotę świadczenia proszę przesłać na:				
<input type="checkbox"/> Adres domowy <input type="checkbox"/> Rachunek bankowy				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
nazwa banku		nr konta		
F	Osoba, której dotyczy roszczenie			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczony <input type="checkbox"/> Współmałżonek/Partner <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Teść				
G	Rodzaj ubezpieczenia			
<input type="checkbox"/> Śmierć prosimy dołączyć odpis aktu zgonu, zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, a jeśli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku protokół policji, gdy wypadek był zgłoszony na policję oraz wypełnić sekcję H				
<input type="checkbox"/> Inwalidztwo prosimy dołączyć posiadaną dokumentację medyczną, a jeśli inwalidztwo nastąpiło w wyniku wypadku protokół policji, gdy wypadek był zgłoszony na policję oraz wypełnić sekcję H				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie prosimy dołączyć posiadaną dokumentację medyczną				
<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy prosimy dołączyć posiadaną dokumentację medyczną, a jeśli niezdolność do pracy nastąpiła w wyniku wypadku protokół policji, gdy wypadek był zgłoszony na policję oraz wypełnić sekcję H				
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu prosimy dołączyć kartę informacyjną leczenia szpitalnego, a jeśli pobyt w szpitalu nastąpił w wyniku wypadku protokół policji, gdy wypadek był zgłoszony na policję oraz wypełnić sekcję H				
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu prosimy dołączyć posiadaną dokumentację medyczną, a jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił w wyniku wypadku protokół policji, gdy wypadek był zgłoszony na policję oraz wypełnić sekcję H				
<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka prosimy dołączyć odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu				

G

- Urodzenie dziecka**
prosimy dołączyć odpis aktu urodzenia
- Urodzenie martwego dziecka**
prosimy dołączyć odpis aktu urodzenia z odpowiednią adnotacją o martwym urodzeniu
- Operacje chirurgiczne**
prosimy dołączyć kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, kserokopię dokumentacji potwierdzającej odbycie operacji chirurgicznej, kserokopię protokołu powypadkowego, potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli operacja wykonana była w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- Rekonwalescencja szpitalna**
prosimy dołączyć kserokopię zwolnienia lekarskiego ze szpitala, w którym Ubezpieczony był wcześniej hospitalizowany, kartę informacyjną leczenia szpitalnego, jeśli pobyt w szpitalu nastąpił w wyniku wypadku protokołów policji, gdy wypadek był zgłaszany na policję oraz wypełnić sekcję H
-
-

W każdym przypadku prosimy dołączyć kserokopię dowodu osobistego osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia.
Jeśli zdarzenie dotyczy współmałżonka lub teścia Ubezpieczonego, prosimy dołączyć dodatkowo akt ślubu Ubezpieczonego.
Jeśli zdarzenie dotyczy dziecka Ubezpieczonego, prosimy dołączyć dodatkowo akt urodzenia dziecka.

H

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

I

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.

J

Oświadczenia

Zgody i oświadczenia Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych, w celach związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia oraz w celach statystycznych.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. (Administratora danych) z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, w celach związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia oraz w celach statystycznych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W celu likwidacji zgłoszonego roszczenia podane dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom współpracującym na podstawie umowy w zakresie wyżej wskazanym.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia, w tym zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1422), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów współpracujących na podstawie umowy w zakresie wyżej wskazanym.

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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 1348) oraz organie właściwym do ich rozpatrzenia; jak również, że szczegółowe informacje w tym zakresie zamieszczone są na stronie internetowej www.interpolska.pl.

Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

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 (02-486), Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nalogów oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych w deklaracji zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie lub wniosku ubezpieczeniowym (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 (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464).

Wyrażam również dobrowolnie zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, wniesionych przeze mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 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 (t.j. Dz. U. 2012, poz. 159), 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 dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 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.

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia