



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"/>		
	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"/>	
	Pesel	Seria i nr dowodu osobistego	Telefon <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"/>	
Pesel		Seria i nr dowodu osobistego	Telefon <input type="text"/>	
Adres email		<input type="text"/>		
E		Sposób wypłaty świadczenia	Kwotę świadczenia proszę przesłać na: <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Adres domowy <input type="checkbox"/> Rachunek bankowy	nr konta <input type="text"/>		
F	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		
	G	Rodzaj ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Śmierć ^{1), 3), 4), 5), 6), 7)} <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu ^{1), 2), 4), 8)}	
<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka ^{1), 5), 6), 7)} <input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM ^{1), 2), 4), 8)} <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna ^{2), 4), 8)} <input type="checkbox"/> Rekonwalescencja szpitalna ^{4), 8)} <input type="checkbox"/> Świadczenie apteczne ⁸⁾ <input type="checkbox"/> Pobyt w sanatorium ^{8), 9)} <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek ^{1), 2), 4), 8)} <input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo ^{2), 4), 8)} <input type="checkbox"/> Całkowita i trwała niezdolność do pracy ^{4), 8)} <input type="checkbox"/> Leczenie specjalistyczne ⁸⁾ <input type="checkbox"/> Niezdolność do samodzielnej egzystencji ^{4), 8)}				
<p>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. 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.</p>				

G

- 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 H.
- 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 uprawnionego do świadczenia.
- 8) Prosimy dołączyć pełną dokumentację medyczną.
- 9) Prosimy dołączyć skierowanie na leczenie uzdrowskowe potwierdzone przez NFZ, dokumentację medyczną z pobytu w sanatorium.
- 10) Prosimy dołączyć odpis aktu urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu.

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

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 innym podmiotom, w szczególności reasekuratorowi i podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w niezbędnym dla tego procesu zakresie. 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.

TAK Wyrażam dobrowolnie zgodę na utrzymywanie 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 (02-486), Al. Jerozolimskie 172 lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie likwidacji roszczenia.

Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, 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 (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.).

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, nalożów 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 ze zm.).

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. 2016, poz. 186 ze zm.), 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, zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.).

--

Miejscowość, data

--

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia