

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

- Śmierci Ubezpieczonego
 Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku
 Śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku Komunikacyjnego
- Śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku w Pracy
 Poważnej Choroby Ubezpieczonego

Prosimy o wypełnienie wniosku drukowanymi literami, niebieskim długopisem.

Numer Certyfikatu/Polisy

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO (osoby objętej ochroną)

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

PESEL Nr telefonu* Adres e-mail*

Adres korespondencyjny: Ulica Nr domu Nr lokalu
Kod pocztowy - Miejscowość

* Podanie adresu e-mail oraz numeru telefonu jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

DANE IDENTYFIKACYJNE UPOSAŻONEGO (prosimy o wypełnienie w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko Uposażonego

PESEL Nr telefonu* Adres e-mail*

Adres korespondencyjny: Ulica Nr domu Nr lokalu
Kod pocztowy - Miejscowość

* Podanie adresu e-mail oraz numeru telefonu jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA (prosimy o załączenie dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego zdarzenia z tytułu wypadku lub choroby)

Data zdarzenia Miejsce zdarzenia

Przyczyna zdarzenia (prosimy zaznaczyć odpowiednie pole/pola):

- wypadek (prosimy doprecyzować jaki): w pracy komunikacyjny inny

Opis wypadku:

choroba (prosimy wskazać jaką):

INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPADKU (prosimy o wypełnienie w przypadku zdarzenia spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem)

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku:

Czy został sporządzony protokół powypadkowy (np. w pracy)?

- Tak Nie

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

- Tak Nie

INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY (prosimy o wypełnienie w przypadku zdarzenia spowodowanego Poważną Chorobą)

Data rozpoznania stanu chorobowego będącego przyczyną zgłaszanego zdarzenia

Krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia:

INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA (prosimy o wypełnienie w przypadku zdarzenia spowodowanego wypadkiem lub chorobą)

Lekarze prowadzący leczenie oraz placówki medyczne, w których Ubezpieczony był badany lub leczony w związku ze zgłaszanym wypadkiem/chorobą. Prosimy o podanie nazwisk lekarzy oraz pełnych nazw i adresów placówek.

Czy w sprawie zdarzenia toczy się postępowanie wyjaśniające prowadzone przez policję, prokuraturę, sąd? Tak Nie

(Jeśli tak, prosimy o podanie adresów jednostek policji/prokuratury/sądu prowadzących sprawę, a także o dołączenie posiadanych dokumentów dotyczących sprawy oraz numeru sprawy).

Jeśli zdarzeniem jest śmierć Ubezpieczonego, czy wykonano sekcję zwłok? Tak Nie

DANE DOTYCZĄCE SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA (prosimy o wskazanie sposobu wypłaty świadczenia)

Przelew na rachunek bankowy (rekomenowana forma wypłaty ze względu na bezpieczeństwo oraz szybki termin realizacji świadczenia)

Właściciel rachunku

Numer rachunku

Adres zamieszkania właściciela rachunku

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy - Miejscowość

Przekaz pocztowy

Imię i nazwisko adresata

Adres: Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy - Miejscowość

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi oraz informacje zawarte we wniosku są prawdziwe i prawidłowo zapisane.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Pramerica Życie TUIR SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, a także o dobrowolności ich podania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Pramerica Życie TUIR SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 17, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.), moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową Pramerica Życie TUIR SA, w tym wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Pramerica Życie TUIR SA – na jej wniosek – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na moją rzecz, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na wniosek Pramerica Życie TUIR SA, w związku z weryfikacją danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, danych (w tym nazw i adresów) świadczeniodawców w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), którzy udzielali mi świadczeń opieki zdrowotnej.

Wyrażam zgodę, aby Pramerica Życie TUIR SA przekazała moje dane osobowe zawarte we wniosku za granicę firmie reasekuracyjnej, jeśli będzie to wymagane w związku z warunkami reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych Pramerica Życie TUIR SA.

Oświadczam, iż zostałem/(-am) poinformowany/(-a), że dane osobowe podane we wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z obowiązkami nałożonymi na zakłady ubezpieczeń ustawą z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. z 2003 r., Nr 1505, poz. 153 j.t. z późn. zm.).

Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną:

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na otrzymywanie korespondencji dotyczącej zgłaszanego wniosku o wypłatę świadczenia przy pomocy poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym wniosku.

Data wypełnienia wniosku

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/Uposażonego

DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA ZASADNOŚCI ŚWIADCZENIA, KTÓRE ZAŁĄCZAM DO WYPEŁNIONEGO WNIOSKU (prosimy o zaznaczenie załączanych dokumentów)

Śmierć Ubezpieczonego, w tym Śmierć na skutek Nieszczęśliwego Wypadku/Wypadku Komunikacyjnego/Wypadku w Pracy:

- Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia dowodu tożsamości Uposażonego (np. dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna – dla osób niepełnoletnich, jeśli nie posiadają dowodu osobistego);
- Oryginał skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
- Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia dokumentu określającego przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu lub inna dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci);
- Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku – protokół sporządzony przez komisję BHP w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę);
- Dokument upoważniający do prowadzenia pojazdu oraz aktualne badania techniczne lub inny dokument warunkujący dopuszczenie do ruchu pojazdu uczestniczącego w wypadku (dla wypłaty z tytułu Śmierci na skutek Wypadku Komunikacyjnego);
- Dokumenty opcjonalne: potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej (np. dokumentacja dotycząca zgonu lub uszkodzeń ciała, które były przyczyną zgonu, karta informacyjna leczenia szpitalnego, wyniki badań, orzeczenia lekarskie), inna dokumentacja (np. potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia protokołu z sekcji zwłok jeśli była przeprowadzana, postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę).

Poważna Choroba Ubezpieczonego:

- Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport);
- Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej (np. kserokopia historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, opisy wykonywanych operacji, karty konsultacji specjalistycznych, wyniki badań histopatologicznych).

Jeśli Poważna Choroba jest skutkiem obrażeń doznanych w wypadku:

- Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku – protokół sporządzony przez komisję BHP w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę).

DODATKOWE INFORMACJE

Roszczenie można zgłosić:

- 1) korespondencyjnie, wysyłając komplet wymaganych dokumentów na adres siedziby Pramerica Życie TUIR SA: Dział Wyłaty Świadczeń, al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa;
- 2) osobiście, zgłaszając się do siedziby Pramerica Życie TUIR SA lub do Oddziałów;
- 3) pocztą elektroniczną, wysyłając zgłoszenie zawierające dane dotyczące Zdarzenia oraz dane identyfikacyjne Ubezpieczonego na adres: swiadczenia@pramerica.pl lub poprzez przesłanie wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia. W tytule e-maila prosimy wpisać „Zgłoszenie świadczenia/Numer Certyfikatu/Polisy”.

Ważne:

Zgłoszenie roszczenia pocztą elektroniczną wymaga dodatkowo przesłania oryginalnej dokumentacji przesyłką listowną.

Pramerica Życie TUIR SA w zależności od okoliczności zdarzenia może poprosić o dodatkowe dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia. W przypadku zdarzenia objętego ochroną mającego miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniony do świadczenia jest zobowiązany do dostarczenia wymaganych dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego. Pramerica Życie TUIR SA nie pokrywa kosztów tłumaczenia.

Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza, instytucję, która wydała dokument lub osoby upoważnione przez Pramerica lub Alior Bank S.A. (np. Konsultanta obsługi Klienta w Oddziale Pramerica, Konsultanta Centrali Pramerica, Konsultanta wskazanego przez Alior Bank S.A.).

Podstawą do wypłaty świadczenia jest dostarczenie do Pramerica Życie TUIR SA kompletu wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. W przypadku ich braku Pramerica Życie TUIR SA może odmówić wypłaty świadczenia.