

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA



Numer druku: 4LD/MB_MC_MD_MS_MT_MF_MG_MH_TP_SU_TN_TF_TO_CR_CP/ODSZKODOWANIA/v3/2018

Wszelkie pisma, zapytania, skargi i zażalenia związane z umowami powinny być zgłaszane do ubezpieczyciela na adres Działu Obsługi Klienta 4Life Direct. Korespondencja w sprawie skarg i wniosków pomiędzy stronami powinna być składana w formie pisemnej, ustnej lub w formie elektronicznej. W każdym przypadku osoba zgłaszająca powinna podać numer polisy lub inne dane pozwalające ustalić umowę ubezpieczenia, której zgłoszenie dotyczy.

W terminie 30 dni od otrzymania pisma, zapytania skargi lub zażalenia, zostanie wystana do osoby skarżącej odpowiedź w formie pisemnej. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi nie dłuższy jednak niż 60 dni od otrzymania skargi lub zażalenia.

Pragniemy także poinformować, iż wszelkie spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym, zgodnie z jego regulaminem, wszelkie informacje znajdują się na stronie internetowej www.rf.gov.pl

4Life Direct sp. z o.o.
Dział Odszkodowań
ul. Chmielna 132/134
00-805 Warszawa

ZAZNACZ DOKUMENTY, KTÓRE DOŁĄCZASZ DO WNIOSKU:

- Skrócony odpis aktu zgonu (oryginał lub kopia poświadczona notarialnie);
- Kopia karty zgonu;
- Uwierzytelniona kopia dowodu osobistego osoby uprawnionej do odbioru świadczenia lub kopia dowodu osobistego oraz innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (paszport, prawo jazdy);
- Dokumentacja medyczna dotycząca przebiegu leczenia potwierdzająca zajście zdarzenia ubezpieczeniowego będącego przedmiotem zgłoszonego roszczenia (karty informacyjne leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego), a w uzasadnionych przypadkach – dokumentacja medyczna sprzed daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia – (dotyczy śmiertelnej choroby);
- Notatka urzędowa z policji lub prokuratury w przypadku nieszczęśliwego wypadku (NW) – jeśli jest prowadzone postępowanie wyjaśniające;
- Protokół BHP w przypadku nieszczęśliwego wypadku (NW) w pracy;
- Kopia zwolnień lekarskich potwierdzających niezdolność do pracy za okres 6 miesięcy (180 dni) – (wymagane w przypadku trwałego inwalidztwa – przejęcia opłacania składek);
- Orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, KRUS lub innego podmiotu uprawnionego do orzekania potwierdzające całkowitą i trwałą niezdolność do pracy (wymagane w przypadku przejęcia opłacania składek);
- Pełnomocnictwo do reprezentowania osoby wnioskującej (w przypadku, gdy z wnioskiem występuje inna osoba niż uprawniona do świadczenia);
- Skrócony odpis aktu urodzenia dziecka (rodzic); zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem (rodzic/opiekun prawny składający wniosek o wypłatę świadczenia w imieniu osoby małoletniej jest zobowiązany do wykazania uprawnienia do występowania w imieniu tej osoby).

W szczególnych i uzasadnionych przypadkach 4Life Direct działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentacji. Wszystkie dokumenty przesłane w oryginale zostaną niezwłocznie odesłane po zakończonym odszkodowaniu.

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, UPEWNIAJĄC SIĘ, ŻE WNIOSEK ZOSTAŁ KOMPLETNIE WYPEŁNIONY, PODPISANY I DOŁĄCZONE ZOSTAŁY WSZYSTKIE WYMAGANE DOKUMENTY.

Numer sprawy: _____

Numer polisy (wypełnia osoba wnioskująca): _____

1. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- Zgon ubezpieczonego Zgon ubezpieczającego Zgon ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW)
- Trwałe kalectwo – przejęcie opłacania składek Śmierć rodzica (zaznaczyć w przypadku posiadania dodatkowej opcji śmierć rodzica) Śmiertelna choroba

2. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE (UBEZPIECZONEGO, UBEZPIECZAJĄCEGO, RODZICA)

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____-____-____ PESEL: _____

3. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA (UPRAWNIONEJ)

(w przypadku gdy osoba uprawniona do świadczenia jest osobą małoletnią prosimy o podanie danych rodziców/opiekuna prawnego lub w przypadku pełnomocnictwa danych pełnomocnika)

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____-____-____ PESEL: _____ Stopień pokrewieństwa: _____

Tel. kontaktowy: _____ E-mail: _____

Ulica: _____ Numer domu: _____ Numer lok.: _____

Kod pocztowy: ____-____ Mięjsowość: _____ Poczta: _____

proszę odwrócić ▶

4. DANE ZDARZENIA

(wypełnić tylko te pola, które dotyczą zgłaszanego zdarzenia)

Data zgonu: ____ - ____ - ____ Data nieszczęśliwego wypadku (NW): ____ - ____ - ____

Data zdiagnozowania śmiertelnej choroby: ____ - ____ - ____ Data powstania trwałego kalectwa: ____ - ____ - ____

OPIS ZDARZENIA – PRZYCZYNA, OKOLICZNOŚCI, PRZEBIEG WYPADKU / OPIS CHOROBY BĘDĄCEJ PRZYCZYNĄ ZGONU

(w przypadku braku miejsca prosimy uzupełnić opis na dodatkowej karcie, potwierdzając datą i podpisem)

5. ADRES PLACÓWKI MEDYCZNEJ (SZPITALA, PRZYCHODNI) W KTÓREJ UBEZPIECZONY BYŁ LECZONY (ZAREJESTROWANY)

Ulica: _____

Kod pocztowy: ____ - ____ Mijscowość: _____ Poczta: _____

Tel. kontaktowy: _____

6. ADRES/ TELEFON KOMENDY POLICJI LUB PROKURATURY PROWADZĄCEJ DOCHODZENIE

_____ Tel. kontaktowy: _____

7. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Przelew na rachunek bankowy: Przelew na rachunek bankowy osoby trzeciej Przelew na poczet składki do polisy nr: * _____

WPISZ TUTAJ

Numer rachunku bankowego _____

DANE WŁAŚCICIELA RACHUNKU (Pola wymagane w przypadku przelewu na rzecz osoby trzeciej)

Imię i nazwisko: _____

* Kwota świadczenia zostanie przekazana na poczet kolejnych składek uwzględniając ich wielokrotność. Różnica zostanie zwrócona na wskazany powyżej rachunek bankowy.

▼ **PROSIMY PAMIĘTAĆ O PODPISACH** ▼

8. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA/ OSOBY UPRAWNIONEJ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są prawdziwe i wyczerpujące.

Oświadczam, iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam. Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest przestępstwem zgodnie z właściwymi przepisami prawa. Nadto oświadczam, iż w przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na podstawie dokumentów niezgodnych z faktami zwrócę je na pierwsze żądanie ubezpieczyciela.

Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej będą przetwarzane przez Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited i działający z upoważnienia i na rzecz ubezpieczyciela 4Life Direct sp. z o.o. w zakresie realizacji procedury wypłaty świadczenia.

	____ - ____ - ____	
Miejscowość	Data	Podpis ubezpieczonego/ uprawnionego/ przedst. osoby małoletniej

PODPISZ TUTAJ

proszę odwrócić ▶

OŚWIADCZENIE DOBROWOLNE

Jeżeli chcieliby Państwo zapoznać się z propozycją ubezpieczeń oferowanych za naszym pośrednictwem, prosimy o wypełnienie pól poniżej.

Numer sprawy: _____

1. Informujemy, że podane dane osobowe będą przetwarzane przez pośrednika ubezpieczeniowego 4Life Direct sp. z o.o., ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa w celach marketingowych oraz będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczeń wynikających z umów ubezpieczenia, dokonywania oceny ryzyka oraz podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
2. Administratorem podanych danych osobowych w zakresie umów ubezpieczenia będzie Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, w celach marketingowych Administratorem podanych Danych będzie Spółka 4Life Direct.
3. Ubezpieczyciel wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pocztą elektroniczną na adres email: underwriter@redsands.gi lub pisząc na adres: Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar.
4. 4Life Direct wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pocztą elektroniczną na adres email: aneta.ciechowicz@4lifedirect.pl lub pisząc na adres: 4Life Direct sp. z o.o., ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa.
5. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 pkt a), b), c) i f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) z 27 kwietnia 2016 r.
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres do odwołania zgody, a po tym okresie dla celów i przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.
7. Podane dane będą przekazywane do państw trzecich (spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego), wśród nich takich, co do których Komisja Europejska nie wydała decyzji o stwierdzeniu lub braku odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. W takich przypadkach dane będą przekazywane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa z zapewnieniem odpowiednich zabezpieczeń, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską. Podmiot Danych może uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego.
8. Podane dane będą udostępniane następującym kategoriom odbiorców danych: podmiotom realizującym świadczenia z tytułu umów dodatkowych, podmiotom świadczącym na rzecz 4Life Direct i Ubezpieczyciela usługi wsparcia IT, podmiotom współpracującym z Ubezpieczycielem w zakresie weryfikacji prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, współpracującym z 4Life Direct podmiotom świadczącym usługi marketingowe, spółkom powiązanym z 4Life Direct osobowo lub kapitałowo.
9. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wycofania zgody w każdym czasie. Osoba, której dane dotyczą, przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
10. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Brak podania danych uniemożliwia realizację ww. celu przetwarzania.

W przypadku wyrażenia zgody prosimy w kolumnie „TAK” wpisać X

TAK

NIE

Zgoda na komunikację telefoniczną:

Czy wyraża Pani/Pan dobrowolną zgodę na używanie swoich urządzeń telekomunikacyjnych (podanego przez Panią/ Pana numeru telefonu) w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego (w szczególności nawiązania kontaktu marketingowego) przez 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-805), ul. Chmielna 132/134?

Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną:

Czy wyraża Pani/Pan dobrowolną zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowych od 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-805), ul. Chmielna 132/134 na podany przez siebie adres poczty elektronicznej?

Zgoda marketingowa:

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w celach marketingowych przez 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-805), ul. Chmielna 132/134?

Miejscowość	Data	Podpis