

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Numer druku: 4LD/NNW_NZ_ND/ODSZKODOWANIA/v4/2018



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 wysłana 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 dłużej 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:

- Wypełniony wniosek – oświadczenie lekarza;
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego;
- Dokumentacja medyczna potwierdzająca uraz w tym RTG, płyty CD;
- Inna dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę hospitalizacji;
- Uwierzytelniona kopia dowodu osobistego osoby uprawnionej do odbioru świadczenia lub kopia dowodu osobistego oraz innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (paszport, prawo jazdy);
- Kopia protokołu powypadkowego z Policji lub Prokuratury, o ile został sporządzony;
- Protokół powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – dotyczy wypadku w miejscu pracy;
- W przypadku trwałego kalectwa – orzeczenie ZUS, KRUS lub innego podmiotu uprawnionego do orzekania potwierdzające całkowitą niezdolność do pracy.

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. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZGŁOSZENIE DOTYCZY: USZKODZENIA CIAŁA HOSPITALIZACJI TRWAŁEGO KALECTWA

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____-____-____ PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

ADRES ZAMIESZKANIA

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

Kod pocztowy: ____-____ Mięscowość: _____ Poczta: _____

Tel. kontaktowy: _____ E-mail: _____

2. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSKIEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA – JEŚLI DOTYCZY INNEJ OSOBY NIŻ UBEZPIECZONA

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____-____-____ PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

ADRES ZAMIESZKANIA

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

Kod pocztowy: ____-____ Mięscowość: _____ Poczta: _____

Tel. kontaktowy: _____ E-mail: _____

3. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU / WYPADKU OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwa i adres szpitala: _____

Data pobytu od: ____-____-____ do ____-____-____ Który to pobyt z kolei w związku z wypadkiem?

proszę odwrócić ►

nieszczęśliwy wypadek

data wypadku: ____ - ____ - _____

data orzeczenia trwałego kalectwa: ____ - ____ - _____

Krótki opis wypadku i okoliczności: _____

4. DANE LEKARZA MOGĄCEGO UDZIELIĆ INFORMACJI NA TEMAT PRZEBIEGU LECZENIA I STANU ZDROWIA

Imię i nazwisko/ nazwa placówki: _____

Adres szpitala/ przychodni: _____

Numer telefonu placówki medycznej: _____

5. DANE POLICJI/PROKURATURY PROWADZĄCEJ DOCHODZENIE

_____ Tel. kontaktowy: _____

6. 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** ▼

7. OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA/ UBEZPIECZONEGO/ PRZEDSTAWICIELA OSOBY MAŁOLETNIEJ

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.

Jako ubezpieczony upoważniam nieodwołalnie każdego lekarza, personel medyczny, zakład opieki zdrowotnej oraz inne instytucje, które udzielają świadczeń zdrowotnych do udzielania Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą na Gibraltarze informacji o moim stanie zdrowia, chorobach, zabiegach i operacjach medycznych oraz wszystkich innych informacji potrzebnych do ustalenia prawa do świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia lub wysokości tego świadczenia, w tym także informacji o przyczynie śmierci. Niniejsze upoważnienie obowiązuje także po mojej śmierci.

_____	____ - ____ - _____	_____
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