

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Numer druku: 4LD/NNW\_NE\_ND\_NX\_NZ/WOP/ODSZKODOWANIA/v5/2019



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 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](http://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;
- Karty informacyjne leczenia szpitalnego;
- Dokumentacja medyczna potwierdzająca uraz w tym RTG, płyty CD;
- Inna dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę hospitalizacji oraz powstania trwałego kalectwa;
- Czytelna kopia dowodu osobistego lub paszportu osoby uprawnionej do odbioru świadczenia;
- Kopia protokołu powypadkowego z Policji lub Prokuratury, o ile został sporządzony;
- Kopia protokołu 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.
- Kopia zwolnień lekarskich potwierdzających niezdolność do pracy za okres 6 miesięcy (180 dni) – (wymagane w przypadku trwałego inwalidztwa – przejścia optacania składek);
- Pełnomocnictwo do reprezentowania osoby uprawnionej (w przypadku, gdy z wnioskiem występuje inna osoba niż uprawniona do świadczenia).

W szczególnych i uzasadnionych przypadkach 4Life Direct działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentacji. Wszelkie 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  TRWAŁEGO KALECTWA

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_ Seria i numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

### ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica: \_\_\_\_\_ Numer domu: \_\_\_\_\_ Numer lok.: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_ Poczta: \_\_\_\_\_

Tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## 2. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM 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: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_ Poczta: \_\_\_\_\_

Tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**proszę odwrócić ►**

### 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?

data wypadku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ data orzeczenia trwałego kalectwa: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Czy w trakcie wypadku był/a Pan/i pod wpływem alkoholu?  TAK  NIE

Czy w trakcie wypadku był/a Pan/i pod wpływem środków odurzających?  TAK  NIE

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: \_\_\_\_\_

### 5. DANE POLICJI/PROKURATURY PROWADZĄCEJ DOCHODZENIE

### 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. OŚWIADCZENIA OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA/ UBEZPIECZONEGO/ PRZEDSTAWICIELA OSOBY MAŁOLETNIEJ

Wyrażam zgodę na występowanie przez Ubezpieczyciela Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, za pośrednictwem 4Life Direct sp. z o.o., do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych lub mojemu dziecku, którego jestem przedstawicielem ustawowym, o udostępnienie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych dotyczących mojego stanu zdrowia lub stanu zdrowia mojego dziecka, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka umowy ubezpieczenia i wysokością świadczenia, w tym informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższe obejmuje również zgodę na pozyskanie przez Ubezpieczyciela kopii dokumentacji medycznej.

Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Ubezpieczyciela Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, za pośrednictwem 4Life Direct sp. z o.o., od Narodowego Funduszu Zdrowia, danych świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia, w związku z weryfikacją danych dotyczących mojego stanu zdrowia lub stanu zdrowia mojego dziecka dla celów ustalenia prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka umowy ubezpieczenia.

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.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej zgłaszanego Wniosku o Wypłatę Świadczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej (na adres e-mail). W przypadku nie wyrażenia zgody korespondencja będzie przekazywana za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak udzielenia zgody.

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi wpisując X w odpowiednim polu  TAK  NIE

Miejscowość

Data

Podpis ubezpieczonego/ uprawnionego/ przedst. osoby małoletniej

**PODPISZ TUTAJ**