

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Numer druku: 4LD/DSS_DF_DG_DH_DW_DZ_DR_DT/ODSZKODOWANIA/v4/2019



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.

Praagniemy także poinformować, iż wszelkie spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym, zgodnie z jego regulaminem, wszelkie informacje znajdując 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;
- Skierowanie do szpitala, w przypadku jego braku proszę wpisać przyczynę.....;
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego;
- Inna dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę hospitalizacji;
- W przypadku hospitalizacji dziecka (dotyczy wariantu rodzinnego) dodatkowo kopia aktu urodzenia dziecka.
W przypadku dzieci przysposobionych – dokument potwierdzający prawo do opieki nad dzieckiem.
- Czytelna kopia dowodu osobistego lub paszportu osoby uprawnionej do odbioru świadczenia.

JĘŻELI PRZYCZYNĄ HOSPITALIZACJI BYŁ NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK PROSIMY DODATKOWO O DOŁĄCZENIE:

- Kopii protokołu powypadkowego z Policji lub Prokuratury, o ile został sporządzony;
- Protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – dotyczy wypadku w miejscu pracy.

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 woryginalne 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

ROSZCZENIE DOTYCZY: UBEZPIECZONEGO WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO DZIECKA UBEZPIECZONEGO

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 PRZEDSTAWICIELA OSOBY MAŁOLETNIJ wypelnić w przypadku gdy ubezpieczonym jest osoba małoletnia

Jestem: (zaznaczyć właściwy kwadrat) rodzicem kuratorem opiekunem prawnym rodzicem zastępczym

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

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: _____

proszę odwrócić ►

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwa i adres szpitala: _____

Data pobytu od ____ - ____ - _____ do ____ - ____ - _____ Który to pobyt z kolei w związku z daną chorobą/wypadkiem?

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI: nagłe zachorowanie choroba przewlekła konsekwencja choroby przewlekłej

data zdiagnozowania choroby będącej powodem hospitalizacji ____ - ____ - _____

nieszczęśliwy wypadek data wypadku ____ - ____ - _____

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 wraz z nazwiskami świadków wypadku: _____

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

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

Kod pocztowy: ____ - _____ Miejscowość: _____ Poczta: _____

6. DANE POLICJI/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. 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/ osoby wnioskującej

PODPISZ TUTAJ