

Formularz zgłoszenia roszczenia

z tytułu śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków

1. Seria i nr polisy

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego

2. Śmierć 3. Trwała i całkowita niezdolność do pracy 4. Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków

5. Data zdarzenia

6. Godzina*

7. Miejsce zdarzenia*

*nie dotyczy zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierć Ubezpieczonego, trwała i całkowita niezdolność do pracy

Dane dotyczące Ubezpieczonego

8. Imię

9. Nazwisko

10. Nazwisko rodowe

11. PESEL

Dane dotyczące Uposażonego/Zgłaszającego (niepotrzebne skreślić)

12. Imię

13. Nazwisko

14. Nazwisko rodowe

15. Obywatelstwo

16. Data urodzenia

17. PESEL

18. Typ dokumentu tożsamości

19. Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe Uposażonego/Zgłaszającego (niepotrzebne skreślić)

20. Ulica

21. Nr domu / Lokal

22. Kod pocztowy

23. Miejscowość

24. Telefon

25. Adres e-mail

Informacje dotyczące śmierci Ubezpieczonego

26. Przyczyna zgonu 27. Choroba 28. Nieszczęśliwy wypadek 29. Wypadek komunikacyjny 30. Wypadek w pracy 31. Samobójstwo 32. Inna

33. Opis zdarzenia/okoliczności wypadku/opis przebiegu choroby

34. Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie przez policję, prokuraturę lub sąd? 35. Tak 36. Nie

Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA		
PROKURATURA		
SĄD		

Informacje dotyczące trwałej i całkowitej niezdolności do pracy/lечения następstw nieszczęśliwego wypadku

37. Ubezpieczony nieprzerwanie przebywa na zwolnieniu lekarskim od dnia

/ /

38. Opis zdarzenia/okoliczności wypadku

39. Odniesione wskutek zdarzenia obrażenia ciała

40. Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie przez policję, prokuraturę lub sąd? 41. Tak 42. Nie

	Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
SĄD			

43. Przebieg leczenia Ubezpieczonego

Lp	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego:

- kopia dowodu osobistego Uposażonego/Zgłaszającego
- kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę śmierci
- kopia dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia Ubezpieczonego w postaci: kart informacyjnych leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia w poradni POZ, odpisy wyników badań RTG, USG, TK, MR itd. (jeżeli przyczyną zgonu Ubezpieczonego była choroba)
- kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek Ubezpieczonego miał miejsce przy pracy)
- kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia kierował pojazdem)
- kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia kierował pojazdem)
- kopia dokumentacji z policji/prokuratury/sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregośkolwiek z wymienionych organów)

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:

- kopia orzeczenia lekarskiego wystawionego przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia skutków urazu (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań np.: RTG, USG, TK, MR, etc)
- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregośkolwiek z niniejszych organów)
- kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek Ubezpieczonego był wypadkiem w pracy)
- kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia kierował pojazdem)
- kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia kierował pojazdem)

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków:

- kopia dokumentu potwierdzającego uzyskiwanie przez Ubezpieczonego w dniu zdarzenia dochodu z tytułu emerytury lub renty stałej
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia skutków urazu (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań np.: RTG, USG, TK, MR, etc.)
- kopia dokumentacji z policji/prokuratury/sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregośkolwiek z wymienionych organów)

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, w przypadku gdyby powyższe okazały się niewystarczające dla ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia.

