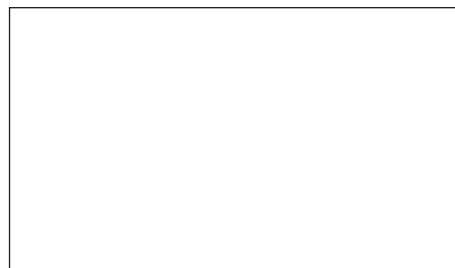




BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Dział Obsługi Świadczeń
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa
telefon: 801 888 188, 22 557 44 71; fax: +48 22 557 44 46
e-mail: obsluga.klienta@bzwbkaviva.pl



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
LUB CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
LUB POBYTU W SZPITALU LUB POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NNW LUB POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
LUB TRWAŁEGO INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE NNW LUB ROZPOZNANIA NOWOTWORU**

I. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko: _____					
Imię/Imiona: _____				Pesel: _____	
Adres zamieszkania:					
Miejscowość:	Kod pocztowy: _____	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Nr telefonu:
					Adres e-mail:

II. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW FIRMOWYCH UDZIELANYCH PRZEZ BANK ZACHODNI WBK S.A. „BIZNES GWARANT”
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BIZNES GWARANT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A.
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „HIPOTEKA +”
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNA HIPOTEKA
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „OPIEKUN RODZINY”
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNY LIMIT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE ONKOPOLISA

III. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

<input type="checkbox"/>	CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO
<input type="checkbox"/>	CZASOWA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/>	POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU
<input type="checkbox"/>	POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/>	POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO
<input type="checkbox"/>	POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO
<input type="checkbox"/>	TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/>	ROZPOZNANIE NOWOTWORU

Numer deklaracji/certyfikatu/polisy/umowy kredytowej:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. Czy w trakcie trwania umowy kredytowej zaszły jakiegokolwiek zmiany w zakresie okresu kredytowania? TAK NIE
Jakiego rodzaju były to zmiany?*

2. Czy kredyt został spłacony w całości przed zakończeniem Pierwotnego Okresu Kredytowania (okresu kredytowania określonego w Umowie kredytowej według treści z dnia jej zawarcia)?** TAK NIE

*dotyczy UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A. oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „HIPOTEKA +”, UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNA HIPOTEKA

**dotyczy UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A. oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT

IV. DANE OSOBOWE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO (jeżeli roszczenie dotyczy Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego)

Nazwisko:

Imię/Imiona:

Pesel:

V. DANE O ZDARZENIU

Przyczyny zdarzenia:

- CHOROBA WYPADEK KOMUNIKACYJNY INNE PRZYCZYNY (proszę wskazać jakie)
 ROZPOZNANIE NOWOTWORU

Data zdarzenia: _____

Opis okoliczności i szczegółowy przebieg zdarzenia / rodzaj rozpoznanego nowotworu:

1. Czy w związku z wystąpieniem zdarzenia było lub jest prowadzone postępowanie przez prokuraturę lub policję? TAK NIE
Jeśli tak, prosimy podać adres prokuratury lub policji prowadzącej postępowanie bądź dołączenie kopii protokołu policyjnego lub z postępowania przygotowawczego:

2. Czy w związku z wystąpieniem zdarzenia sporządzony został protokół BHP? TAK NIE
Jeśli tak, prosimy o dołączenie kopii protokołu BHP.

VI. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O ZDARZENIU

A. CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO/CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Od kiedy i do kiedy została stwierdzona Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego/Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku? od _____ do _____
2. W jakim dokumencie została stwierdzona Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego/Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

3. Czy Ubezpieczony ma ustalone prawo do emerytury? TAK NIE
Jeśli tak, to od kiedy? _____

4. Dane o dotychczasowym leczeniu Ubezpieczonego (rodzaj placówki, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza prowadzącego leczenie, powód leczenia):

B. POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

1. Kiedy Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala?

2. Do kiedy Ubezpieczony przebywał w Szpitalu (data wypisu ze Szpitala)?

3. Dokumenty potwierdzające Pobyt w Szpitalu:

4. Dane o dotychczasowym leczeniu Ubezpieczonego (rodzaj placówki, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza prowadzącego leczenie, powód leczenia):

C. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO/POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

1. Jaki rodzaj Poważnego zachorowania został stwierdzony?

2. Kiedy zostało stwierdzone Poważne zachorowanie (data pierwszego rozpoznania lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego)?

3. Dane o dotychczasowym leczeniu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego (rodzaj placówki, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza prowadzącego leczenie, powód leczenia):

VIII. POLECENIE WYPŁATY

Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty:

Przelewem na konto, numer:

Dane posiadacza konta, jeżeli posiadacz wskazanego konta nie jest ubezpieczonym (imię, nazwisko/nazwa oraz adres):

Przekazem Poczтовым na adres:

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

(także, jeżeli roszczenie dotyczy Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego):

1. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe.
2. Upoważniam BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu oraz Aviva Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do zasięgnięcia u podmiotów prowadzących działalność leczniczą, z których usług korzystam lub korzystałam/em, informacji dotyczących mojego stanu zdrowia z wyłączeniem wyników badań genetycznych, oraz w innych instytucjach celem weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz o innych okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z tytułu roszczenia zgłoszonego przeze mnie na niniejszym formularzu i wysokości tego świadczenia. Niniejsze upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa w chwili mojej śmierci.
3. Upoważniam BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu oraz Aviva Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do uzyskiwania w innych zakładach ubezpieczeń i instytucjach informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczeń z tytułu roszczenia zgłoszonego przeze mnie na niniejszym formularzu (Niniejsze upoważnienie nie dotyczy roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego).

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BZ WBK–Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w rozumieniu art. 27 ust. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 tekst jednolity ze zm.) , w celu przeprowadzenia procesu roszczeniowego.
5. Wyrażam zgodę, aby BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu przetwarzało moje dane osobowe wskazane w niniejszym formularzu w celu przeprowadzenia procesu roszczeniowego.
6. Wyrażam zgodę na wzajemne przekazanie pomiędzy BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. danych zawartych w niniejszym formularzu oraz jego treści, i na połączenie tych danych z moimi danymi osobowymi przetwarzanymi w celu przeprowadzenia postępowania roszczeniowego.*
7. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach podmiotów świadczących mi opiekę zdrowotną w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą do ustalenia odpowiedzialności BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia na życie.**

* dotyczy UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW– KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A., UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT, UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „HIPOTEKA +” oraz UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA HIPOTEKA.

** dotyczy Umów ubezpieczenia zawartych od 1 stycznia 2016 r.

Ubezpieczyciel informuje, że:

- Podane przez Panią/Pana w niniejszym formularzu dane będą przetwarzane przez BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu i wykorzystywane w celu i w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia wskazanego powyżej, wysokości tego świadczenia oraz w celu marketingu bezpośredniego produktów Ubezpieczyciela;
- Przysługuje Pani/Panu w każdym czasie prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych;
- Przysługuje Pani/Panu w każdym czasie prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania oraz wniesienie żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych; podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże dane te są niezbędne do realizacji roszczenia;
- Przysługuje Pani/Panu prawo do zgłoszenia zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (Reklamacja). Reklamacje są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela;
- Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, agentów Ubezpieczyciela, w tym w Banku Zachodnim WBK S.A., albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, na adres Ubezpieczyciela,
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela, agentów Ubezpieczyciela, w tym w Banku Zachodnim WBK S.A.,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: obsługa.klienta@bzbwbkaviva.pl
- Reklamacje są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Ubezpieczyciel w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej Reklamację określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji;
- O sposobie rozpatrzenia Reklamacji zawiadamia się osobę, która ją zgłosiła, w terminie, o którym mowa powyżej, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną na wniosek zgłaszającego Reklamację.

Czytelny podpis Ubezpieczonego z podaniem imienia i nazwiska:	Data i miejsce złożenia podpisu przez Ubezpieczonego:
---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

OŚWIADCZENIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

(jeżeli roszczenie dotyczy Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego dla ubezpieczeń, do których przystąpiono przed 30 marca 2015 r.)

1. Oświadczam, iż:
 - informacje podane przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe;
 - zostałam/em poinformowana/y, że administratorem danych osobowych podanych w niniejszym zgłoszeniu roszczenia jest BZ WBK–Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu;
 - zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do tych danych i ich poprawiania oraz że dane te będą wykorzystywane w celu wykonania ubezpieczenia na życie Opiekun Rodziny.
2. Upoważniam BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Poznaniu oraz Aviva Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do zasięgania u podmiotów prowadzących działalność leczniczą, z których usług korzystam lub korzystałam/em, informacji dotyczących mojego stanu zdrowia z wyłączeniem wyników badań genetycznych, oraz w innych instytucjach celem weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz o innych okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z ubezpieczenia na życie Opiekun Rodziny oraz wysokości tego świadczenia. Niniejsze upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa w chwili mojej śmierci.
3. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach podmiotów świadczących mi opiekę zdrowotną w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą do ustalenia odpowiedzialności BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia na życie.***

*** dotyczy Umów ubezpieczenia zawartych od 1 stycznia 2016 r.

Czytelny podpis Małżonka Ubezpieczonego z podaniem imienia i nazwiska:	Data i miejsce złożenia podpisu przez Małżonka Ubezpieczonego:
------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------