

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA

- POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO
 ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Nr Polisy/Umowy: _____

Ubezpieczający: _____

Data początku ochrony: _____

Data zdarzenia: _____

Ubezpieczony

Nazwisko: _____

Imię: _____

PESEL: _____

Data urodzenia: _____

Telefon: _____

Telefon komórkowy: _____

E-mail: _____

Adres zamieszkania:

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____ – _____ Poczta: _____

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____ – _____ Poczta: _____

Uposażony (w przypadku Świadczenia z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku)

Nazwisko: _____

Imię: _____

PESEL: _____

Data urodzenia: _____

Telefon: _____

Telefon komórkowy: _____

E-mail: _____

Adres zamieszkania:

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____ – _____ Poczta: _____

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____ – _____ Poczta: _____

Dane dotyczące zdarzenia

Początek zachorowania: _____

lub data wypadku: _____

Czy w przeszłości u Ubezpieczonego rozpoznano taką samą lub podobną chorobę?

TAK NIE

Rodzaj wypadku:

wypadek w pracy

wypadek komunikacyjny

wypadek w domu

Inny _____

Czy w chwili wypadku Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?

TAK NIE

Czy w chwili wypadku Ubezpieczony był pod wpływem środków odurzających?

TAK NIE

Opis choroby lub okoliczności wypadku:



Miejsce wypadku: _____

Czy o zaistniałym wypadku powiadomiono:

Policję/Prokuraturę: TAK NIE

Nazwa jednostki: _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lok: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ – _____ Poczta: _____

Pogotowie ratunkowe: TAK NIE

Nazwa jednostki: _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lok: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ – _____ Poczta: _____

Dane dotyczące przebiegu leczenia

Prosimy o podanie adresów Placówek medycznych, z których Ubezpieczony korzystał po wystąpieniu Choroby:

1. _____ od _____ do _____

2. _____ od _____ do _____

3. _____ od _____ do _____

Czy leczenie zostało zakończone? TAK NIE

Przewidywana data zakończenia leczenia: _____

Nazwisko i adres Lekarza leczącego Ubezpiezonego, Lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany(a) jest Pan(i) obecnie, a także był(a) poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.

Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy na rachunek:

Bank/Oddział: _____

Właściciel: _____

Nr rachunku: _____

Oświadczenie Ubezpiezonego/Uposażonego:

1. Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.
2. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

_____ data

_____ miejscowość

_____ podpis Ubezpiezonego/Uposażonego

LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce informuje, że:

1. Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu są zbierane na zasadzie dobrowolności i będą służyć wyłącznie rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie świadczenia. Dane te są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane innym podmiotom, z wyjątkiem przypadków obowiązkowego udzielania informacji określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
2. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) Ubezpieczony/Uposażony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Do niniejszego zgłoszenia roszczenia należy dołączyć oryginały lub poświadczony za zgodność z oryginałem kopie następujących dokumentów:

W przypadku roszczenia o świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania:

- a. Dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego (dowód osobisty).
- b. Karta informacyjna leczenia szpitalnego lub zaświadczenie lekarza specjalisty (zgodnego z definicjami w „Wykazie Poważnych zachorowań” potwierdzająca ostateczną diagnozę Poważnego zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową).
- c. Wyniki badania histopatologicznego dotyczącego Poważnego zachorowania (o ile dotyczy).

W przypadku roszczenia o świadczenie z tytułu Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:

- a. Dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego (dowód osobisty).
- b. Akt zgonu ubezpiezonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem).
- c. Zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska).
- d. Protokół okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest jego następstwem.
- e. Wynik sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzona.
- f. Dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie jako Uposażony.

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami Ubezpieczony przesyła na adres:

LUX MED Ubezpieczenia, Dział Administrowania Kontraktami

ul. Postępu 21c, 02-676 Warszawa

