

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: _____

Numer PESEL: ____

Imię: _____

Data urodzenia: ____ ____ ____

Telefon: _____

Telefon komórkowy: _____

E-mail: _____

Adres zamieszkania

Ulica: _____

Nr domu: _____

Nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: ____-____

Poczta: _____

Miejscowość: _____

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

Ulica: _____

Nr domu: _____

Nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: ____-____

Poczta: _____

Miejscowość: _____

UPOSAŻONY (w przypadku Świadczenia z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku):

Nazwisko: _____

Numer PESEL: ____

Imię: _____

Data urodzenia: ____ ____ ____

Telefon: _____

Telefon komórkowy: _____

E-mail: _____

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

Adres zamieszkania

Ulica: _____
Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____
Kod pocztowy: ____-____ Poczta: _____
Miejscowość: _____

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

Ulica: _____
Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____
Kod pocztowy: ____-____ Poczta: _____
Miejscowość: _____

DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA:

Początek zachorowania: _____ lub data wypadku: ____ ____ ____

Czy w przeszłości u Ubezpiezonego 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 mieszkania: _____

Kod pocztowy: ____-____ Poczta: _____

Miejscowość: _____

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

Pogotowie ratunkowe:

☐ Tak ☐ Nie

Nazwa jednostki: _____

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: ____-____ Poczta: _____

Miejscowość: _____

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 rachunku: _____

Nr rachunku: _____

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/UPOSAŻONEGO:

- ☐ Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że w razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce danych osobowych o moim stanie zdrowia na potrzeby postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłaszanym poprzez złożenie niniejszego wniosku roszczeniem.

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

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

W przypadku roszczenia o świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania:

Karta informacyjna leczenia szpitalnego lub zaświadczenie lekarza specjalisty (zgodnego z definicjami w „Wykazie Poważnych zachorowań” potwierdzająca ostateczną diagnozę Poważnego zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową. Wyniki badania histopatologicznego dotyczącego Poważnego zachorowania (o ile dotyczy).

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

Akt zgonu ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem). Zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska). Protokół okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest jego następstwem.

Wynik sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzona.

Dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie jako Uposażony.

Gdzie wysłać wniosek

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami Ubezpieczony przesyła mailowo na adres: roszczeniaszpitalne@luxmed.pl lub pocztą tradycyjną na adres:

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce

ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa

Z dopiskiem: Dział Likwidacji Roszczeń

Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych, w tym administratorze danych, podstawach prawnych przetwarzania oraz przysługujących prawach osoby, której dane dotyczą stanowi załącznik do umowy ubezpieczenia.

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro