



Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia szkolnego

Dane polisy

Numer polisy, z której chcesz zgłosić szkodę

Wybierz rodzaj roszczenia, które chcesz zgłosić

- śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (w tym wypadku komunikacyjnego)
- śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu albo zawału serca
- uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku
- pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- pobyt w szpitalu Ubezpieczonego niebędący następstwem nieszczęśliwego wypadku
- zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- zdiagnozowanie poważnego zachorowania



Dane dotyczące zdarzenia

Data śmierci	<input type="text"/>
Data wystąpienia zdarzenia (wypadku)	<input type="text"/>
Data pobytu w szpitalu od	<input type="text"/>
Data pobytu w szpitalu do	<input type="text"/>
Nazwa poważnego zachorowania	<input type="text"/>
Okoliczności i miejsce wypadku	<input type="text"/>
Rodzaj wypadku	<input type="text"/>
Ubezpieczony w chwili wypadku był	<input type="text"/>
Przyczyna śmierci	<input type="text"/>

Pytania uzupełniające

Czy śmierć nastąpiła w szpitalu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="text"/>	
Czy zgłaszane zdarzenie związane jest z chorobą rozpoznaną i leczoną przed rozpoczęciem umowy ubezpieczenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy był spisany protokół policyjny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?	<input type="text"/>	
Czy w związku ze śmiercią sąd, prokuratura, policja prowadzi postępowanie wyjaśniające?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy była sporządzona sekcja zwłok?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



Imię

Nazwisko

PESEL

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

E-mail

Telefon

Dane Ubezpieczonego**Czy Zgłaszający jest Ubezpieczonym?****Tak****Nie****Dane osoby ubezpieczonej lub właściciela konta**

Imię

Nazwisko

PESEL

Numer rachunku bankowego

Oświadczenia

Upoważniam UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) do wystąpienia do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej dotyczących mojego stanu zdrowia niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, obejmujących informacje o:

- 1) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
- 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczynie mojej śmierci,

z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej wymienionych powyżej informacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy

Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystw oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych o stanie zdrowia zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w tym także danych ujawnionych Towarzystwu w okresie obowiązywania i wykonywania umowy ubezpieczenia, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym w celu realizacji świadczeń ubezpieczeniowych, oraz na udostępnienie przez Towarzystwo tych danych partnerom medycznym UNIQA do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych zostały mi udostępnione informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

W przypadku gdy wniosek dotyczy rodzica/przedstawiciela ustawowego małoletniego dziecka, wyrażenia „mi”, „mnie”, „moje” w odniesieniu do danych osobowych należy odnosić do danych osobowych dziecka.

Powyższe upoważnienie pozostaje w mocy także po mojej / mojego dziecka śmierci.

Tak

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Tak

2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że informacje dotyczące niniejszego wniosku (w tym decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie, będą przesyłane za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu oraz na podany adres e-mail.

Tak

3. Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Tak**Przetwarzanie danych osobowych**