

Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego

z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Pomoc dla Zdrowia

Prosimy wypełnić wniosek **DRUKOWANYMI LITERAMI**

Seria i numer polisy:	
Imię i nazwisko ubezpieczonego
PESEL ubezpieczonego / data urodzenia w przypadku obcokrajowców)
Osoba zgłaszająca: Imię i nazwisko PESEL Nr telefonu Adres e-mail Adres korespondencyjny

Wykaz dokumentów, które należy dołączyć do wniosku w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu:

1. odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
2. dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone),
3. zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu), chyba, że zgłaszający roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.

Wykaz dokumentów, które należy dołączyć do wniosku w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania poważnego zachorowania:

1. zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające poważne zachorowanie,
2. odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby.
3. **pisemne** upoważnienie ubezpieczonego dla ubezpieczyciela do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych, informacji o stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), przebiegu mojego leczenia związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
4. **pisemne** upoważnienie ubezpieczonego dla ubezpieczyciela do pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Dane placówki medycznej świadczącej opiekę medyczną ubezpieczonemu (nazwa, adres):

Oświadczenia:

1. Niniejszym składam poniższe oświadczenia:

- Upoważniam TU Europa S.A. do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), przebiegu mojego leczenia związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
- Upoważniam TU Europa S.A. do pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

.....
 podpis ubezpieczonego

1. Ja, niżej podpisany/-a informuję o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Niniejszym wyrażam zgodę, zgodnie z art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883 ze zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław, moich danych osobowych w sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia.
3. Oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-a o tym, że:
 - 1) administratorem moich danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław,
 - 2) moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z rozpatrzeniem roszczenia i jego realizacją na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Pomoc dla Zdrowia,
 - 3) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
 - 4) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do rozpatrzenia roszczenia i jego realizacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Pomoc dla Zdrowia
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

(proszę zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku)

 - otrzymywanie korespondencji w formie elektronicznej na podany w zgłoszeniu adres e-mail,
 - otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 dd -mm-rrrr

.....
 podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Dane przyjmującego wniosek:

imię nazwisko.....

_____ data, miejscowość

_____ podpis przyjmującego wniosek

Obsługa ubezpieczenia oraz zgłoszenia szkód realizowane są za pośrednictwem Biura Obsługi Klienta pod numerami telefonów wskazanymi poniżej:

1. 801 500 300 – dla połączeń z telefonów stacjonarnych
2. 71 36 92 887 – dla połączeń z telefonów komórkowych

Zgłoszenia szkód można dokonać:

1. poprzez stronę internetową **www.tueuropa.pl** - zakładka Centrum Obsługi Klienta lub
2. **pisemnie** na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., ul Gwiaździsta 62 53-413 Wrocław.

Zgłoszenia reklamacji można dokonać

1. pisemnie drogą pocztową,
2. z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta,
3. osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teled adresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
4. telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300.