



INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Rodzaj i przyczyna zdarzenia

(śmierci / uszczerbku na zdrowiu / trwałego inwalidztwa / niezdolności do pracy / poważnej choroby / operacji chirurgicznej / pobytu w szpitalu)

Data zdarzenia

Miejsce zdarzenia

Okres niezdolności do pracy / pobytu w szpitalu / rekonwalescencji

Opis zdarzenia (okoliczności i przebieg)

Lekarze leczący oraz placówki medyczne, w których Ubezpieczony był badany lub leczony w związku ze zgłaszanym zdarzeniem

Lekarz pierwszego kontaktu (imię, nazwisko oraz placówka, w której przyjmuje)

Czy leczenie i rehabilitacja zostały zakończone?

Tak Nie

Czy Ubezpieczony w trakcie wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych?

Tak Nie

Czy w sprawie zdarzenia toczy się postępowanie wyjaśniające, prowadzone przez Policję, prokuraturę, sąd?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę dołączyć posiadane dokumenty, a także podać, które jednostki Policji i prokuratury oraz który sąd prowadzi sprawę, a także jakie są numery sprawy

Jeśli zdarzeniem jest śmierć Ubezpieczonego, czy wykonano sekcję zwłok?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę dołączyć jej wynik.



DOKUMENTY, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO WNIOSKU W PRZYPADKU:

Śmierci Ubezpieczonego / Śmierci Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości Uposażonego, | <input type="checkbox"/> karta statystyczna do karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, |
| <input type="checkbox"/> oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego. |

Śmierci Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku / Śmierci Ubezpieczonego na skutek wypadku komunikacyjnego / Śmierci Ubezpieczonego na skutek wypadku w pracy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości Uposażonego, | <input type="checkbox"/> dokument opisujący okoliczności wypadku wraz z informacją czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych (protokoły powypadkowe sporządzone przez komisję BHP, policję, prokuraturę). |
| <input type="checkbox"/> oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego, | |
| <input type="checkbox"/> karta statystyczna do karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, | |
| <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego, | |

Poważnej choroby Ubezpieczonego / Uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego. |
|---|---|

Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku / Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> dokument opisujący okoliczności wypadku wraz z informacją czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych (protokoły powypadkowe sporządzone przez komisję BHP, policję, prokuraturę). |
| <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego, | |
| <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający zakończenie leczenia i rehabilitacji, z opisem aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego | |

Operacji Chirurgicznej Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> dokument opisujący okoliczności wypadku wraz z informacją czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych (protokoły powypadkowe sporządzone przez komisję BHP, policję, prokuraturę). |
| <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego, | |

Niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarza orzecznika ZUS i decyzja ZUS o przyznaniu renty, |
| <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> dokument opisujący okoliczności wypadku wraz z informacją czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych (protokoły powypadkowe sporządzone przez komisję BHP, policję, prokuraturę). |
| <input type="checkbox"/> zwolnienia lekarskie lub zaświadczenie o okresach niezdolności Ubezpieczonego do pracy, wystawione przez pracodawcę lub ZUS, | |

Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu / Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> dokument opisujący okoliczności wypadku wraz z informacją czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych (protokoły powypadkowe sporządzone przez komisję BHP, policję, prokuraturę). |
| <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego, | |

Rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> zwolnienie lekarskie wystawione bezpośrednio po pobycie w szpitalu przez ten szpital. |
| <input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego, | |

Świadczenia Aptecznego po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego, | <input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego. |
|---|---|

Pobytu Ubezpieczonego w sanatorium:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> skierowanie do sanatorium wystawione przez NFZ lub ZUS, | <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna badania i leczenia Ubezpieczonego, |
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego. | |

Ponadto:

Jeśli zgłaszającym jest pełnomocnik Uprawnionego (Ubezpieczonego / Uposażonego):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości pełnomocnika, | <input type="checkbox"/> oryginał pełnomocnictwa. |
|---|---|

Jeśli zgłaszającym jest przedstawiciel ustawowy (rodzic) małoletniego Uposażonego:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości przedstawiciela ustawowego, | <input type="checkbox"/> oświadczenie przedstawiciela ustawowego, że posiada prawa rodzicielskie wobec dziecka. |
|---|---|

Jeśli zgłaszającym jest opiekun prawny Uprawnionego (Ubezpieczonego / Uposażonego):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> potwierdzona kopia dowodu tożsamości opiekuna prawnego, | <input type="checkbox"/> postanowienie sądu o wyznaczeniu opiekuna prawnego. |
|--|--|

UWAGA:

Podstawą do wypłaty świadczenia jest dostarczenie Pramerica Życie TUIR SA kompletu wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. W przypadku ich braku Pramerica Życie TUIR SA może odmówić wypłaty świadczenia.

Dokumenty konieczne do ustalenia odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA muszą być dostarczone w oryginałach, urzędowych odpisach lub kopiach poświadczonych przez Pramerica Życie TUIR SA na podstawie oryginału. Pramerica Życie TUIR SA zastrzega sobie prawo żądania innych dokumentów i informacji, jeżeli wymaga tego charakter sprawy i konieczność dokonania ustaleń faktycznych.

W przypadku, gdy zdarzenie objęte ochroną miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniony do świadczenia zobowiązany jest do dostarczenia wymaganych dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego. Pramerica Życie TUIR SA nie pokrywa kosztu tłumaczenia.

Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty dowodowe dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.