

Dane osoby zgłaszającej roszczenie

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie¹⁾? Ubezpieczonego Uprawnionego / Uposażonego Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego / Uposażonego Pełnomocnika Uprawnionego / Uposażonego²⁾

Imię Nazwisko

Nazwisko rodowe

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu Data urodzenia PESEL

Adres korespondencyjny w sprawie roszczenia

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy -

Telefon E-mail

Forma wypłaty świadczenia

a) reinwestycja (nowy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia lub na rachunek istniejącej polisy)

Numer wniosku / polisy Kwota

b) przelew na wskazany numer konta

Numer rachunku bankowego

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Adres właściciela rachunku

Rekomendujemy powyższe formy wypłaty ze względu na szybkość i bezpieczeństwo realizacji świadczenia. W przypadku braku wskazania formy wypłaty świadczenia środki zostaną wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji w sprawie roszczenia podany w niniejszym formularzu.

Oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, iż Amplico Life S.A. przetwarzać będzie moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści.

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail informacji związanych z wykonaniem zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących zgłoszonych roszczeń. Tak Nie

Jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Potwierdzam, że informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Amplico Life S.A. informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia oraz wysokości świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny zakład ubezpieczeń do udostępnienia Amplico Life S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych w wyżej wskazanym zakresie. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Należy złożyć podpis zgodny z wzorem podpisu z kopii załączonego dokumentu tożsamości.

Miejscowość i data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Informacje o wymaganych dokumentach

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu:
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego” 2. oryginalny odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego lub kopia potwierdzona notarialnie lub przez uprawnionego pracownika Ubezpieczającego (banku/institucji finansowej) 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub jakiegokolwiek dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu
• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	4. kopia dokumentu tożsamości uposażonych/spadkobierców 5. kopia dokumentacji dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonych przez organy policji, prokuratury, lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresu jednostki policji, prokuratury lub sądu, która prowadziła postępowanie w sprawie
• całkowite i trwałe inwalidztwo/niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane) 9. informacje potwierdzające okoliczności wypadku 10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
• zachorowanie na groźną chorobę	1, 10, 11, 14	11. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego 12. kopia zwolnień lekarskich 13. kopia dowodu aktywności zawodowej
• pobyt w szpitalu	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	14. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego

¹⁾ Właściwe zaznaczyć.

²⁾ Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa.