ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA

- ◯ Wsparcie w poważnym zachorowaniu
- ◯ Wsparcie bliskich NNW

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: _____

LUXMED UBEZPIECZENIA

ubezpieczenia-luxmed.pl

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
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
nr KRS: 0001192054

NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

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 Ubezpieczonego 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: _____

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
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
nr KRS: 0001192054

NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

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 Ubezpieczonego, 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: _____

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
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
nr KRS: 0001192054

NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł

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 LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. 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 Wsparcie w poważnym zachorowaniu:

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 Wsparcie bliskich NNW:

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.

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami Ubezpieczony przesyła na adres:

LUX MED Dział Likwidacji Roszczeń
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
z dopiskiem „Dział Likwidacji Roszczeń"
lub na adres e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmedubezpieczenia.pl.

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.

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
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
nr KRS: 0001192054

NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 37 000 000,00 zł