



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA

- POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO
 ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Nr Polisy/Umowy:.....

Ubezpieczający:.....

Data początku ochrony:.....

Data zdarzenia:.....

Ubezpieczony:

Nazwisko:.....

Imię:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Telefon:.....

Telefon komórkowy:.....

E-mail:.....

Adres zamieszkania:

Ulica:.....

Nr domu:.....Nr mieszkania:.....

Miejscowość:.....

Kod pocztowy:.....-.....Pocztą:.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica:.....

Nr domu:.....Nr mieszkania:.....

Miejscowość:.....

Kod pocztowy:.....-.....Pocztą:.....

Uposażony (w przypadku Świadczenia z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku):

Nazwisko:.....

Imię:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Telefon:.....

Telefon komórkowy:.....

Email:.....

Adres zamieszkania:

Ulica:.....

Nr domu:.....Nr mieszkania:.....

Miejscowość:.....

Kod pocztowy:.....-.....Pocztą:.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica:.....

Nr domu:.....Nr mieszkania:.....

Miejscowość:.....

Kod pocztowy:.....-.....Pocztą:.....

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:

Policej/Prokuraturę:

TAK

NIE

Nazwa jednostki:.....

Ulica:..... Nr domu: Nr lokalu:.....

Miejscowość:..... Kod pocztowy: Poczta:.....

Pogotowie ratunkowe:

TAK

NIE

Nazwa jednostki:.....

Ulica:..... Nr domu: Nr lokalu:.....

Miejscowość:..... Kod pocztowy: Poczta:.....

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:.....





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 LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce danych osobowych o moim stanie zdrowia na potrzeby postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłaszanym poprzez złożenie niniejszego wniosku roszczeniem.

.....

data	miejsowość	podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego
------	------------	------------------------------------

Do niniejszego zgłoszenia roszczenia należy dołączyć oryginały lub poświadczony za zgodność z oryginałem kopie następujących dokumentów:

W przypadku roszczenia o świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania:

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 Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:

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 Ubezpieczenia, Departament Zarządzania Siecią
ul. Postępu 21c, 02-676 Warszawa,
lub na adres e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl

Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych, w tym administratorem danych, podstawach prawnych przetwarzania oraz przysługujących prawach osoby, której dane dotyczą stanowi załącznik do umowy ubezpieczenia.

