

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

(uniwersalny)

Numer certyfikatu/ wniosku/ polisy:	
Rodzaj ubezpieczenia:	☐ ochronne ☐ inwestycyjne ☐ pracownicze

Po wypełnieniu prosimy o złożenie Formularza wraz z załączonymi dokumentami u Agenta, Przedstawiciela Ubezpieczającego lub przesłanie ich listem poleconym na adres:

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A.
Departament Roszczeń i Oceny Ryzyka
ul. Przyokopowa 33,
01-208 Warszawa

Uprzejmie informujemy, iż zgłoszenia roszczenia można dokonać elektronicznie poprzez aplikację znajdującą się na stronie internetowej www.openlife.pl bez konieczności wypełniania poniższego formularza zgłoszenia roszczenia.

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY					
☐ Ubezpieczonego	☐ Małżonka	☐ Dziecka	☐ Rodzica	☐ Teścia	☐ Partnera

RODZAJ UBEZPIECZENIA	
☐ inwestycyjne	☐ pracownicze ☐ indywidualne ubezpieczenie Spektrum
INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM (podanie danych jest wymagane)	
Typ roszczenia	
☐ Śmierć	☐ Operacja chirurgiczna
☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku	☐ Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego - Wariant I
☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy	☐ Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego - Wariant II
☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	☐ Leczenie w Sanatorium po Pobycie w Szpitalu
☐ Śmierć wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu	☐ Rekonwalescencja po Pobycie w Szpitalu
☐ Urodzenie Dziecka	☐ Rehabilitacja po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Urodzenie martwego Dziecka	☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego	☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
☐ Ciężka Choroba	☐ Trwałe częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Pobyt w szpitalu	☐ Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji
☐ Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	☐ Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego
☐ Pobyt w Szpitalu na OIOM	☐ Inne, jakie:

RODZAJ UBEZPIECZENIA	
☐ zabezpieczenie kredytu	☐ zabezpieczenie pożyczki ☐ zabezpieczenie leasingu
INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM (podanie danych jest wymagane)	
Typ roszczenia	
☐ Śmierć	☐ Trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
☐ Całkowita niezdolność do pracy	☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	☐ Choroba nowotworowa
☐ Trwałe inwalidztwo/ Trwałe częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku	☐ Niezdolność do spłaty Kredytu wskutek Ciężkiej choroby
☐ Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji	☐ Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Inne, jakie:	

LISTA DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA		
1. Śmierć Ubezpieczonego, Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy	a. b. c. d. e. f.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu dodatkowo w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy - dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu dodatkowo w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy - protokół powypadkowy z miejsca wypadku przy pracy kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia
2. Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	a. b. c. d. e.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego potwierdzająca zdiagnozowanie Udaru mózgu/ Zawału mięśnia sercowego
3. Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego lub śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy	a. b. c. d. e. f. g.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu zaświadczenie od Ubezpieczającego o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień śmierci – o ile śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w trakcie wykonywania czynności zawodowych protokół powypadkowy z miejsca wypadku przy pracy
4. Śmierć rodzica Ubezpieczonego, Śmierć rodzica współmałżonka Ubezpieczonego	a. b. c. d. e.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu rodzica dodatkowo w przypadku śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego - aktualny odpis aktu małżeństwa (ważny 3 miesiące od daty wydania)
5. Śmierć dziecka Ubezpieczonego	a. b. c. d. e. f.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Pełnoletnie dziecko przysposobione - odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Pełnoletnie dziecko będące Pasierbem - odpis skróconego aktu urodzenia dziecka oraz aktu małżeństwa Pracownika i ojca lub matki Pełnoletniego dziecka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu dziecka Ubezpieczonego kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
6. Śmierć współmałżonka/partnera Ubezpieczonego	a. b. c. d. e.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu kserokopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego (ważny 3 miesiące od daty wydania) kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
7. Śmierć dziecka/ rodzica/ rodzica współmałżonka/ małżonka/ partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	a. b. c. d. e. f.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu kserokopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego (ważny 3 miesiące od daty wydania) kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające
8. Urodzenie się dziecka Ubezpieczonego	a. b. c.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
9. Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonego	a. b. c. d.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia akt urodzenia się martwego noworodka kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego karta informacyjna leczenia szpitalnego
10. Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego	a. b. c. d.	wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego

11. Ciężka Choroba/ Śmiertelna choroba	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia c. oryginał lub kopia dokumentacji medycznej z rozpoznaniem Ciężkiej choroby/ Śmiertelnej choroby Ubezpieczonego
12. Pobyt w szpitalu/ Opera- cja chirurgiczna/ Pobyt na OIOM/ Rekonwale- scencja/ Leczenie spe- cjalistyczne Rehabilitacja Ubezpieczonego/ Pobyt w szpitalu dziecka/ rodzi- ca/ małżonka/ partnera	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia c. dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego d. karta informacyjna z leczenia Ubezpieczonego w szpitalu e. dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu
13. Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia c. dokumentacja medyczna potwierdzająca trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy d. kopie zaświadczeń lekarskich wydanych dla celów rentowych i pozarentowych, potwierdzających trwałą i całkowitą niezdolność do pracy; e. kopia decyzji ZUS, KRUS - Orzeczenie; f. kopie zwolnień lekarskich za okres co najmniej 180 dni poprzedzających wydanie Orzeczenia o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub będących podstawą ich wydania w przypadku, gdy podstawową wydania Orzeczenia były następstwa Nieszczęśliwego wypadku dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z Policji, prokuratury, sądu
14. Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśli- wego wypadku	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia c. dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego d. aktualne zaświadczenie od lekarza prowadzącego potwierdzające wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego; e. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego f. dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu
15. Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpie- czonego wskutek nie- szczęśliwego wypadku	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby Ubezpieczonej c. dokumentacja medyczna z diagnostyki, leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacji d. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego e. zaświadczenie lekarza o zakończeniu leczenia i rehabilitacji f. dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu
16. Pobyt w sanatorium	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia c. skierowanie do sanatorium zatwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zawierające datę skierowania
17. Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nie- szczęśliwego wypadku	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia c. dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy i przebiegu leczenia d. zaświadczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji e. dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu
18. Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawa- łu mięśnia sercowego lub udaru mózgu	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do roszczenia c. dokumentacja medyczna
19. Choroba nowotworowa	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego c. dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby nowotworowej d. wynik badania histopatologicznego
20. Całkowita niezdolność do pracy i/lub niezdol- ność do samodzielnej egzystencji	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia b. kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego c. oryginał lub kopia Orzeczenia potwierdzającego całkowitą niezdolność do pracy oraz samo- dzielnej egzystencji bądź Orzeczenie potwierdzające niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji d. dokumentacja medyczna z leczenia, wyniki badań dotyczące powstania niezdolności e. dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu
21. Niezdolność do spłaty Kredytu wskutek Ciężkiej choroby	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia, b. kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego c. oryginał lub kopia Orzeczenia do pracy i samodzielnej egzystencji lub Orzeczenie o niezdolno- ści do samodzielnej egzystencji d. dokumentacja medyczna z rozpoznaniem Ciężkiej choroby e. kopia zwolnień lekarskich za okres co najmniej 180 dni poprzedzających wydanie Orzeczenia lub będące jego podstawą f. kopie zaświadczeń lekarskich wydanych dla celów rentowych i pozarentowych, potwierdzają- cych trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji.
22. Czasowa niezdolność do Pracy	a. wypełniony Formularz zgłoszenia roszczenia, b. kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego c. Zwolnienie lekarskie (w tym w szczególności ZUS- ZUE) d. Kopia dokumentacji medycznej wskazującej przyczynę czasowej niezdolności do pracy, jeśli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia choroby lub karta informacyjna leczenia szpitalnego e. zaświadczenie od Pracodawcy potwierdzającego wysokość Wynagrodzenia oraz wartość wyplacanego Wynagrodzenia w trakcie trwania Czasowej niezdolności do pracy;

DANE UBEZPIECZONEGO (podanie danych jest wymagane)			
Imiona:			
Nazwisko:			
Miejsce urodzenia:		Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)	
Obywatelstwo:		PESEL:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:			
Zawód (nazwa/ stanowisko):		Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Adres zamieszkania			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Kraj:	

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym)			
Imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)		Miejsce urodzenia:	
PESEL:		Obywatelstwo:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:		Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym:			
Poniższe wypełnić w przypadku, gdy uprawniony jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej			
Nazwa firmy:			
NIP:		Regon:	
Adres zamieszkania (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Województwo:	
Kraj:			
Telefon komórkowy:		Adres e-mail:	
Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż zamieszkania)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Województwo:	
Kraj:		Telefon stacjonarny:	

DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE NP. DZIECKO, RODZIC, PARTNER (podanie danych jest wymagane)			
Imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)		Miejsce urodzenia:	
PESEL:		Obywatelstwo:	

DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA (podanie danych jest wymagane)					
Imię i nazwisko właściciela rachunku:					
Nazwa Banku:					
Numer rachunku bankowego:					
Adres zamieszkania właściciela rachunku (podanie danych jest wymagane)					
Ulica:					
Nr domu:		Nr mieszkania:			
Miejscowość:		Kod pocztowy:			
Poczta:		Województwo:			
Kraj:		Obywatelstwo:			

SZCZEGÓŁY ZDARZENIA (podanie danych jest wymagane)			
Data zgonu: (dd/mm/rrrr)			
Przyczyna zgonu (wypadek, choroba, inna):			
Data urodzenia dziecka: (dd/mm/rrrr)			
Data zdiagnozowania Ciężkiej choroby/ Choroby nowotworowej: (dd/mm/rrrr)			
Nazwa choroby:			
Data pierwszego rozpoznania: (dd/mm/rrrr)			
Data pierwszego zgłoszenia się do lekarza w związku z chorobą: (dd/mm/rrrr)			
Okres pobytu w szpitalu:			
Od (dd/mm/rrrr)		Do (dd/mm/rrrr)	
Przyczyna pobytu w szpitalu:			
Data operacji chirurgicznej: (dd/mm/rrrr)			
Nazwa operacji:			
Rodzaj zabiegu specjalistycznego:			
Data wykonania zabiegu specjalistycznego: (dd/mm/rrrr)			
Data powstania niezdolności do pracy i/lub samodzielnej egzystencji: (dd/mm/rrrr)			
Przyczyna niezdolności do pracy:			
Okres czasowej niezdolności do pracy: (dd/mm/rrrr)			
Od: (dd/mm/rrrr)		Do: (dd/mm/rrrr)	

SZCZEGÓŁY ZDARZENIA POWSTAŁEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (podanie danych jest wymagane)		
Data wypadku: (dd/mm/rrr)		
Data zakończenia leczenia: (dd/mm/rrr)		
Miejsce wypadku:		
Opis okoliczności wypadku:		
Czy w chwili wypadku był/a Pan/ Pani pod wpływem alkoholu? (zaznaczyć właściwe)	☐ TAK	☐ NIE
Czy na miejsce wypadku była wzywana policja? (zaznaczyć właściwe)	☐ TAK	☐ NIE
Jeśli na miejsce wypadku była wzywana policja prosimy o podanie adresu komendy policji prowadzącej dochodzenie:		

DANE PLACÓWEK MEDYCZNYCH, PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, PRZYCHODNI, LEKARZY, SZPITALI, W KTÓRYCH PROWADZONO LECZENIE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM UBEZPIECZENIOWYM:
Daty leczenia, konsultacji:
Imię i nazwisko lekarza/ dane placówki:
Adres miejsca pracy lekarza/ placówki, Telefon do placówki medycznej/ lekarza:

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY
- Administratorem dobrowolnie podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa. - Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia działań wyjaśniających i dowodowych w związku z dokonaniem zgłoszenia na potrzeby prawidłowego wykonywania umowy ubezpieczenia oraz realizacji innych celów określonych w bezwzględnie obowiązujących przepisach prawa. - Towarzystwo Ubezpieczeń informuje, że ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwość ich poprawiania. - Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na mocy obowiązujących przepisów prawa lub reasekuratorzy, w celu reasekuracji umowy ubezpieczenia. - Informuję, że podane dane osobowe są zbierane i przetwarzane w związku z obowiązkami nałożonymi na Towarzystwo Ubezpieczeń na mocy przepisów prawa, w tym z ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu oraz ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

- 1) Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A., od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres udostępnionych Open Life TU Życie S.A. informacji o moim stanie zdrowia może obejmować informacje o:
 - a) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
 - b) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - c) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - d) przyczynie śmierci ubezpieczonego z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- 2) Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A. 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 Open Life TU Życie S.A. oraz wysokości świadczenia.
- 3) Oświadczam, iż przesłane kopie dokumentów są zgodne z posiadanymi przeze mnie oryginałami lub uwierzytelnionymi przez uprawnione podmioty kopiami dokumentów. Mam świadomość, że Open Life TU Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania do wglądu oryginałów dokumentów. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie i/lub przerobienie dokumentu, i posługiwanie się takim dokumentem jako autentycznym może spowodować negatywne konsekwencje określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, w tym może zostać uznane za przestępstwo w rozumieniu kodeksu karnego.
- 4) ☐ Wyrażam zgodę/ ☐ Nie wyrażam zgody na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

Prosimy o podanie adresu e-mail:

Miejscowość i data zgłoszenia roszczenia (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA PRZEZ AGENTA, PRZEDSTAWICIELA UBEZPIECZAJĄCEGO LUB OPEN LIFE

Rodzaj dokumentu tożsamości na podstawie którego dokonano weryfikacji osoby zgłaszającej:
 (zaznaczyć właściwy)

☐ dowód osobisty

☐ paszport

☐ karta pobytu
 (stałego lub czasowego)

Seria i numer:

Organ wydający dokument:

Data wydania (dd/mm/rrrr):

Data obowiązywania
 (dd/mm/rrrr):
 (w przypadku karty
 czasowego pobytu)

Oświadczam, że sprawdziłem poprawność danych wskazanych w formularzu zgłoszenia roszczenia z danymi znajdującymi się w dokumencie tożsamości, na podstawie którego dokonałem/dokonałam weryfikacji osoby zgłaszającej.

Miejscowość i data zgłoszenia roszczenia (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis osoby upoważnionej

WAŻNE INFORMACJE:

1. Wszystkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być dostarczone do Towarzystwa Ubezpieczeń w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo zwrócić się o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.