

Wykaz niezbędnych załączników do realizacji wypłaty roszczenia z Grupowego Ubezpieczenia na Życie HESTIA RAZEM

W przypadku wystąpienia zdarzenia, Ubezpieczony/Uposażony jest zobowiązany do wypełnienia odpowiedniego formularza: Zgłoszenie roszczenia oraz dołączenie do roszczenia określonych załączników.

Zgon Współubezpieczonego: Małżonka, Dziecka, Rodzica lub Teścia.

Do formularza należy dołączyć uwierzytelnione kserokopie następujących dokumentów:

- 1) skróconego odpisu aktu zgonu współubezpieczonego;
- 2) karty zgonu lub zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu w przypadku zgonu współmałżonka; w odniesieniu do roszczeń zgłoszonych z tytułu zgonu dziecka, rodzica lub teścia konieczne jest dokładne określenie przyczyny zgonu w odpowiedniej rubryce formularza zgłoszeniowego; w przypadku trudności w uzyskaniu karty zgonu lub braku informacji o przyczynie zgonu w odpowiedniej rubryce formularza konieczne jest uzupełnienie powyższej informacji;
- 3) w przypadku zgonu teściów: kopię dowodu osobistego małżonka i odpis aktu małżeństwa wraz z oświadczeniem uprawnionego do odbioru świadczenia, że dokument ten zawiera dane aktualne w dniu zajścia zdarzenia; gdy małżonek nie żyje, skrócony odpis aktu zgonu małżonka;
- 4) dowodu osobistego Ubezpieczonego.

W razie zgonu ojczyrna Ubezpieczonego lub małżonka (teścia), należy przedstawić akt zgonu biologicznego rodzica.

URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU, URODZENIE MARTWEGO NOWORODKA.

Do odpowiedniego formularza należy dołączyć uwierzytelnione kserokopie następujących dokumentów:

- 1) aktu urodzenia dziecka – w przypadku urodzenia dziecka;
- 2) aktu urodzenia z adnotacją „martwo urodzone” – w przypadku martwego urodzenia noworodka;
- 3) dowodu osobistego Ubezpieczonego.

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem.

Do formularza należy załączyć uwierzytelnione kserokopie wymienionych poniżej dokumentów:

- 1) dokumentacji medycznej tj. z udzielenia pierwszej pomocy, historii choroby od lekarza u którego Ubezpieczony leczył się po urazie (stwierdzających rodzaj doznanych obrażeń) lub karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 2) wyników badań lekarskich wykonywanych przez Ubezpieczonego w związku z zaistniałym trwałym uszczerbkiem;
- 3) zaświadczeń lekarskich stwierdzających zakończenie leczenia oraz rehabilitacji (jeżeli została zalecona przez lekarza prowadzącego);
- 4) adresy placówek służby zdrowia, z których usług korzystał Ubezpieczony;
- 5) dokumentów wskazujących jednoznacznie na przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku;
- 6) dokumentów wydanych z postępowania prowadzonego przez policję lub prokuraturę mającego na celu wyjaśnienie okoliczności wypadku;
- 7) dowodu osobistego Ubezpieczonego;

- 8) innych dokumentów dodatkowo wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami kraju wymóg uwierzytelnienia dokumentów potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia przez polskie placówki dyplomatyczne oraz tłumaczenia na język polski przez tłumacza przysięgłego nie dotyczy dokumentacji medycznej, w której opis wypadku sporządzony jest w języku łacińskim.

ZGON UBEZPIECZONEGO.

Do formularza należy załączyć uwierzytelnione kserokopie wymienionych poniżej dokumentów:

- 1) dokumentów potwierdzających pokrewieństwo z Ubezpieczonym, jeżeli w dacie zgonu Ubezpieczonego nie ma beneficjenta lub osoby uprawnionej do odbioru świadczenia;
- 2) skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
- 3) karty zgonu wystawionej przez lekarza stwierdzającego zgon (karta statystyczna do karty zgonu) lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu wydane przez lekarza lub właściwe władze stwierdzające zgon;
- 4) dowodu osobistego beneficjenta;
- 5) dokumentów wydanych z postępowania prowadzonego przez policję lub prokuraturę mającego na celu wyjaśnienie okoliczności wypadku;
- 6) dokumentacji medycznej dotyczącej zgonu Ubezpieczonego i poprzedzającej go choroby (np. jeżeli zgon nastąpił w szpitalu - karty informacyjne, dodatkowo: karty informacyjne z wcześniejszych pobytów w szpitalu, historia choroby, adresy placówek medycznych w tym Przychodni Rejonowej lub praktykujących prywatnie lekarzy, którzy leczyci Ubezpieczonego;
- 7) innych dokumentów (np. orzeczenia sądu o uznaniu Ubezpieczonego za osobę zmarłą, postanowienia o nabyciu spadku) dodatkowo wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.

W przypadku gdy uprawnionym do odbioru świadczenia jest jedna z osób wymienionych poniżej, należy dodatkowo przedłożyć następujące dokumenty:

- 1) *niepełnoletnie dziecko* – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka, dowód osobisty przedstawiciela ustawowego (np. rodzica) lub opiekuna prawnego; a ponadto oświadczenie o potwierdzeniu władzy rodzicielskiej lub odpis prawomocnego postanowienia sądu o ustanowieniu opieki nad niepełnoletnim dzieckiem;
- 2) *pasierb* - skrócony odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego z rodzicem pasierba oraz akt zgonu drugiego rodzica;
- 3) *dziecko przysposobione* – prawomocne postanowienie sądu w sprawie przysposobienia dziecka przez Ubezpieczonego;
- 4) *ubezwłasnowolniony całkowicie* – dowód osobisty rodzica lub opiekuna prawnego; dowód osobisty ubezwłasnowolnionego, jeżeli taki dokument posiada; w przypadku opiekuna prawnego dodatkowo należy także przedłożyć odpis prawomocnego postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla ubezwłasnowolnionego;
- 5) *ubezwłasnowolniony częściowo* – dowód osobisty kuratora i dowód osobisty ubezwłasnowolnionego, jeżeli taki dokument posiada oraz prawomocne postanowienie sądu w sprawie ustanowienia kuratora dla ubezwłasnowolnionego częściowo.

ZGON UBEZPIECZONEGO/MALŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU.

ZGON UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM.

Do formularza należy załączyć dokumenty wymagane w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz dokumenty wskazujące jednoznacznie na przyczynę zgonu Ubezpieczonego np.:

- 1) protokół bhp, jeżeli wypadek był wypadkiem przy pracy;
- 2) zeznania świadków wypadku;
- 3) dokumenty medyczne związane ze zgonem Ubezpieczonego/malżonka (np. jeżeli zgon nastąpił w szpitalu – karta informacyjna);
- 4) dokumentację jednoznacznie określającą, że zaistniał wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- 5) dokumentację wydaną w postępowaniu karnym, jeżeli takie zostało wszczęte w celu wyjaśnienia okoliczności śmierci Ubezpieczonego (np. dokumenty z Policji, Prokuratury, wyrok Sądu itp.).

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym z uszczegółowieniem:

1. Ubezpieczony był **uczestnikiem** katastrofy lub wypadku pojazdu drogowego,
2. Ubezpieczony był **pasażerem** pojazdu szynowego, wodnego lub powietrznego, który uległ katastrofie lub wypadkowi.

OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO.

Do formularza należy dołączyć uwierzytelnione kserokopie dokumentów wymienionych poniżej:

- 1) aktu urodzenia dziecka lub dowodu osobistego dziecka;
- 2) zaświadczenia o uczęszczaniu do szkoły, jeżeli dziecko jest w wieku 18 - 25 lat;
- 3) zaświadczenia organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy bez względu na wiek dziecka;
- 4) prawomocnego postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla niepełnoletniego dziecka – w przypadku, gdy osierocone dziecko jest niepełnoletnie i ma opiekuna prawnego;
- 5) dowodu osobistego opiekuna prawnego.

Następstwa Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru - Zgon Ubezpieczonego Lub Trwały Uszczerbek Na Zdrowiu.

1. Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru.

Do formularza należy załączyć dokumenty wymagane w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz adresy placówek służby zdrowia, z usług, których korzystał Ubezpieczony przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia i w trakcie jej trwania lub kserokopię dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego.

2. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego.

Do formularza należy załączyć uwierzytelnione kserokopie wymienionych poniżej dokumentów:

- 1) dokumentacji medycznej (zaświadczeń lekarskich, kart informacyjnych leczenia szpitalnego, wyników badań lekarskich) dotyczącej dotychczasowego leczenia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczeniową;
- 2) zaświadczeń lekarskich stwierdzających zakończenie leczenia oraz rehabilitacji (jeżeli została zalecona przez lekarza prowadzącego);
- 3) adresy placówek medycznych, w których leczono Ubezpieczonego w związku z zaistniałym zdarzeniem oraz placówek medycznych, z których Ubezpieczony korzystał przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia, wszystkie dokumenty medyczne z leczenia Ubezpieczonego przed tą datą;
- 4) dowodu osobistego Ubezpieczonego;
- 5) innych dokumentów dodatkowo wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.

W celu ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczony może być skierowany na komisję lekarską powołaną przez likwidatora zewnętrznego lub Ergo Hestię.

Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Komisji lekarskiej wszelką dokumentację dotyczącą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, przebiegu leczenia i rehabilitacji oraz okazać dowód tożsamości.

Towarzystwo w celu ustalenia zasadności roszczenia może kierować pismo do placówek medycznych. W tym przypadku Ubezpieczony musi wyrazić zgodę na powyższe.

Trwały uszczerbek ustalany jest w oparciu o „Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu”, po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego; nie wcześniej jednak niż po 3-ch miesiącach od daty zdarzenia. Lekarz orzecznik wydaje orzeczenie w oparciu o wytyczne dla lekarzy orzeczników.

CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU.

Do formularza należy załączyć uwierzytelnione kserokopie wymienionych poniżej dokumentów:

- 1) dokumentacji medycznej tj. z udzielenia pierwszej pomocy, historii choroby od lekarza u którego Ubezpieczony leczył się po urazie (stwierdzających rodzaj doznanych obrażeń) lub karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 2) wyników badań lekarskich wykonywanych przez Ubezpieczonego w związku z zaistniałym wypadkiem;
- 3) zaświadczeń lekarskich stwierdzających zakończenie leczenia oraz rehabilitacji (jeżeli została zalecona przez lekarza prowadzącego);
- 4) dowodu osobistego Ubezpieczonego;
- 5) adresy placówek służby zdrowia, z których usług korzystał Ubezpieczony;
- 6) dokumentów wskazujących jednoznacznie na przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku (jeżeli zdarzenie było wypadkiem przy pracy – dodatkowo należy załączyć protokół bhp);
- 7) dokumentów wydanych z postępowania prowadzonego przez policję lub prokuraturę mającego na celu wyjaśnienie okoliczności wypadku.
- 8) oświadczenie o pracy, działalności gospodarczej Ubezpieczonego w okresie trwania niezdolności do pracy;
- 9) innych dokumentów dodatkowo wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.

Towarzystwo w celu ustalenia zasadności roszczenia może kierować pismo do placówek medycznych.

W tym przypadku Ubezpieczony musi wyrazić zgodę na powyższe.

Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Komisji lekarskiej wszelką dokumentację dotyczącą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, przebiegu leczenia i rehabilitacji oraz okazać dowód tożsamości.

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO.

Do formularza należy dołączyć uwierzytelnione kserokopie wymienionych poniżej dokumentów:

- 1) dokumentów medycznych dotyczących dotychczasowego leczenia choroby objętej odpowiedzialnością;
- 2) adresy placówek medycznych, w których leczono Ubezpieczonego, małżonka lub dziecko oraz placówek medycznych, z których Ubezpieczony, małżonek lub dziecko korzystali przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia, wszystkie dokumenty medyczne z leczenia przed tą datą;
- 3) dowodu osobistego Ubezpieczonego;
- 4) jeżeli Ubezpieczony zgłasza roszczenie z tytułu wystąpienia:
 - poważnego zachorowania małżonka – dodatkowo do formularza należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego małżonka oraz akt zawarcia związku małżeńskiego z Ubezpieczonym;
 - poważnego zachorowania u dziecka – dodatkowo do formularza należy dołączyć kserokopię aktu urodzenia dziecka.

Towarzystwo w celu ustalenia zasadności roszczenia może kierować pismo do placówek medycznych. W tym przypadku Ubezpieczony musi wyrazić zgodę na powyższe.

LECZENIE SZPITALNE.

Do formularza należy dołączyć uwierzytelnione kserokopie następujących dokumentów:

- 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
- 2) dowodu osobistego Ubezpieczonego;
- 3) zaświadczenia wydanego przez szpital, w którym przebywał ubezpieczony, informującego o okresie pobytu na OIOM (jeżeli ubezpieczony przebywał na OIOM - ie);
- 4) zaświadczenia potwierdzającego okres niezdolności do pracy Ubezpieczonego bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu;

- 5) jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem, dokumenty wskazujące jednoznacznie na przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku;
- 6) zeznania świadków wypadku;
- 7) jeżeli wypadek był wypadkiem przy pracy należy dodatkowo dołączyć protokół bhp.

Towarzystwo w celu ustalenia zasadności roszczenia może kierować pismo do placówek medycznych. W tym przypadku Ubezpieczony musi wyrazić zgodę na powyższe.

Wypełniony formularz wraz z wymaganymi załącznikami należy przesłać na adres:

***Centrum Zarządzania Ubezpieczeniami Grupowymi
ul. Rzemieślnicza 17/19, 81-855 Sopot***

Informacje na temat etapu likwidacji otrzymają Państwo pod numerem telefonu ***Centrum Zarządzania Ubezpieczeniami Grupowymi 58/785 87 88***