



Wniosek o wypłatę świadczenia Inwalidztwo lub przejęcie opłacania składek polisa nr | | | | | | | |

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Wypłata świadczenia z tytułu: (Prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)

- trwałego całkowitego lub częściowego inwalidztwa
 przejęcia opłacania składek

DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

- w przypadku gdy osoba uprawniona do świadczenia jest osobą małoletnią prosimy o podanie danych rodzica/opiekuna prawnego;
 – w przypadku pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika.

Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Imiona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ulica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nr domu | | | | Nr mieszkania | | | | Kod | | | | |

Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PESEL | | | | | | | | | | | | Tel. kontaktowy | | | | | | | |

E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub adres e-mail przekazany wcześniej. TAK NIE

OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA (jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem o wypłatę świadczenia)

Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Imiona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PESEL | | | | | | | | | | | | Tel. kontaktowy | | | | | | | |

SPOSÓB WYPŁATY

- przeksięgowanie na polisę/wniosek nr | | | | | | | |
- przelew na rachunek bankowy

Nazwa właściciela | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nr rachunku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:

Oświadczam, że w chwili wypadku, który miał miejsce dnia | | | | | | | |, nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych.

WYMAGANE DOKUMENTY¹

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem;
- dokumentacja medyczna dotycząca przebiegu leczenia potwierdzająca zajście zdarzenia ubezpieczeniowego (tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, posiadane zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań);
- orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, KRUS lub w przypadku braku jednego z ww. orzeczeń – orzeczenie komisji lekarskiej przy Urzędzie Pracy potwierdzające całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej; orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji;
- w przypadku nieszczęśliwego wypadku (NW) notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności NW lub w przypadku, gdy nie była wzywana policja oświadczenie opisujące okoliczności nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli osoba uprawniona do świadczenia nie posiada notatki urzędowej z policji – prosimy podać informacje umożliwiające jej uzyskanie, tj. nazwę i adres podmiotu, który ją posiada;
- zwolnienia lekarskie potwierdzające ciągłość niezdolności do pracy za okres 180 dni (wymagane w przypadku przejęcia opłacania składek);

¹ dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą ING Życie

oraz:

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż osoba uprawniona do świadczenia, wymagane jest przedstawienie dokumentu pełnomocnictwa do reprezentowania tej osoby;
- rodzic/opiekun prawny składający wniosek o wypłatę świadczenia w imieniu osoby małoletniej jest zobowiązany do wykazania swojego uprawnienia do występowania w imieniu tej osoby (**rodzic:** skrócony odpis aktu urodzenia dziecka; **opiekun prawny:** zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje:

Upoważniam (dotyczy osoby uprawnionej do świadczenia)²

- a) lekarzy, placówki służby zdrowia oraz zakłady ubezpieczeń i instytucje ubezpieczeniowe do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia.
- b) lekarzy upoważnionych przez ING Życie do zasięgania informacji medycznych, w tym również do występowania o kserokopię dokumentacji medycznej, dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u lekarzy, u których zasięgałem porad lub przez których byłem badany albo leczony (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych, tj. przychodni, szpitali itp.).

OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA

(jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem)

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

PRZEDSTAWICIEL

(w przypadku wypełnienia wniosku w obecności Przedstawiciela)

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Nr Przedstawiciela

Nr Oddziału

Nr telefonu

Podpis

Data

² w przypadku osoby małoletniej, która nie ukończyła 18. r. ż. – oświadczenie składa rodzic lub opiekun prawny