



## Wniosek o wypłatę świadczenia Poważne zachorowanie

polisa nr

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

### DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSKIEM 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

### WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

Nazwa jednostki chorobowej

### SPOSÓB WYPŁATY

- przekięgowanie na polisę/wniosek nr
- przelew na rachunek bankowy

Nazwa właściciela

Nr rachunku

### PROSZĘ PODAĆ:

- datę wystąpienia pierwszych objawów
- datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. jednostki chorobowej
- datę wykonania badań potwierdzających rozpoznanie
- dokładną datę ustalenia rozpoznania
- datę wykonania zabiegu

Prosimy podać nazwiska i miejsca pracy lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku z ww. zachorowaniem w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej:

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza / adres szpitala lub ZOZ-u	Okres leczenia oraz data przyjęcia i wypisu ze szpitala

**Prosimy podać:**

- imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres Pana/Pani lekarza pierwszego kontaktu
- imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres obecnego Pana/Pani lekarza (w przypadku, gdy nie jest on jednocześnie lekarzem pierwszym kontaktu)

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza: nazwa placówki, ulica, miejscowość, kod pocztowy

**WYMAGANE DOKUMENTY<sup>1</sup>**

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dokumentacja medyczna dotycząca poważnego zachorowania
- odpis badania potwierdzającego rozpoznanie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku dotyczącego wypłaty świadczenia

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):<sup>2</sup>**

- lekarzy, placówki służby zdrowia oraz zakłady ubezpieczeń i instytucje ubezpieczeniowe do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia;
- lekarzy upoważnionych przez ING Życie do zasięgnięcia 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.).

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

<b>OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM</b>	<b>OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA</b> (jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem)	<b>PRZEDSTAWICIEL</b> (w przypadku wypełnienia wniosku w obecności Przedstawiciela)
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Imię i nazwisko (czytelny podpis)</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Imię i nazwisko (czytelny podpis)</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Imię i nazwisko (czytelny podpis)</p>
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>Podpis</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>Podpis</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%;"><div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div><p>Nr Przedstawiciela</p></div><div style="width: 45%;"><div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div><p>Nr Oddziału</p></div></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: center; padding: 5px;"><div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div><p>Nr telefonu</p></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Data</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Data</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>Podpis</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Data</p>

<sup>1</sup> dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą ING Życie<sup>2</sup> w przypadku osoby małoletniej, która nie ukończyła 18 r. ż. oświadczenie składa rodzic lub opiekun prawny