



**Prosimy podać (w przypadku choroby):**

- datę wystąpienia pierwszych objawów choroby
- datę wykonania badań potwierdzających rozpoznanie
- dokładną datę ustalenia rozpoznania
- czy w przeszłości stwierdzono podobne objawy lub rozpoznano jednostkę chorobową, które mogą mieć związek z obecną jednostką chorobową

<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/była Pan/Pani leczony/leczona przez innego lekarza w szpitalu lub innym zakładzie opieki medycznej? Jeśli tak, to prosimy podać następujące informacje:**

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza /adres szpitala lub ZOZ-u	Rodzaj choroby lub obrażenia	Daty

**Prosimy podać:**

- datę nieszczęśliwego wypadku (NW) - jeśli pobyt w szpitalu lub operacja był następstwem NW
- datę przyjęcia do szpitala
- datę wypisu ze szpitala
- datę operacji

**PROSIMY ODPOWIEDZIEĆ NA PYTANIA**

- Czy przebywał(a) Pan/Pani na oddziale intensywnej terapii?  TAK  NIE  
Jeśli tak, proszę podać termin przebywania na ww. oddziale: od  do
- Czy był(a) Pan/Pani czasowo nieobecny(a) w szpitalu za zgodą Lekarza?  TAK  NIE  
Jeśli tak, proszę podać okres nieobecności: od  do

**Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:**

Oświadczam, iż w chwili wypadku, który miał miejsce w dniu , nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji toksycznych ani innych środków odurzających.

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

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań
- w przypadku NW: notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności NW lub w przypadku, gdy nie była wzywana policja oświadczenie opisujące okoliczności NW (jeżeli osoba uprawniona do świadczenia nie posiada notatki urzędowej z policji – prosimy podać informacje umożliwiające jej uzyskanie, tj. nazwę i adres instytucji, która ją posiada)

- 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; **opiekun prawny:** zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje:

------------------

<sup>1</sup> dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Ubezpieczyciela

## Upoważniam (dotyczy osoby uprawnionej do świadczenia).<sup>2</sup>

- a) lekarzy, placówki służby zdrowia oraz zakłady ubezpieczeń i instytucje ubezpieczeniowe do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia.
- b) lekarzy upoważnionych przez Ubezpieczyciela 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.

OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM	OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA (jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem)	PRZEDSTAWICIEL (w przypadku wypełnienia wniosku w obecności Przedstawiciela)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko (czytelny podpis)	Imię i nazwisko (czytelny podpis)	Imię i nazwisko (czytelny podpis)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Podpis	Podpis	Nr Przedstawiciela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nr Oddziału
Data	Data	<input type="text"/>
		Nr telefonu
		<input type="text"/>
		Podpis
		<input type="text"/>
		Data

<sup>2</sup> w przypadku osoby małoletniej, która nie ukończyła 18 r. ż. oświadczenie składa rodzic lub opiekun prawny