



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POBYT W SZPITALU LUB OPERACJA

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Nr polisy

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

POBYT W SZPITALU OPERACJA

1. OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA¹

Nazwisko

Imiona

PESEL Nr telefonu

2. DANE DOTYCZĄCE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA INNEJ NIŻ OSOBA UPRAWNIONA DO 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 Nr telefonu

3. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

przekięgowanie na polisę/wniosek nr

przelew na rachunek bankowy:

Nazwa właściciela

Nazwa banku

Nr rachunku

4. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Prosimy podać powód pobytu w szpitalu:

Wypadek Choroba:

pobyt nagły

pobyt planowy

W przypadku pobytu planowego proszę podać dane lekarza kierującego:

Imię i nazwisko lekarza lub nazwa placówki

Adres miejsca pracy lekarza – szpital lub przychodnia

Ulica Nr budynku

Miejscowość Kod

¹ Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko w przypadku Umowy dodatkowej Pakiet rodzinny Lwa (FMR1) oraz umowy Terminowego ubezpieczenia na życie ING Smart (FMI1)

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

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
- 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

5. WYMAGANE DOKUMENTY²

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- historia choroby
- zgoda lekarza na czasowe opuszczenie szpitala
- notatka urzędowa z Policji opisująca okoliczności nieszczęśliwego wypadku 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 jego uzyskanie, tj. nazwę i adres instytucji, która je posiada)

- oraz:
- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż wskazana w umowie ubezpieczenia wymagane jest przedstawienie dokumentu pełnomocnictwa do reprezentowania osoby wskazanej w umowie ubezpieczenia;
 - 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: zupełny lub skrócony odpis aktu urodzenia dziecka oraz oświadczenie o wykonywaniu pełnej władzy rodzicielskiej wobec małoletniego; opiekun prawny: zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem oraz postanowienie sądu opiekuńczego o zgodzie na dokonywanie czynności przekraczających zwykły zarząd przez opiekuna prawnego majątkiem małoletniego).

Inne dokumenty dołączone do wniosku:

² 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).³

- 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 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.).

Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia⁴ o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:

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

Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego:

Oświadczam, że wykonuję pełną władzę rodzicielską wobec

Imię i nazwisko osoby małoletniej

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

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

OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

PRZEDSTAWICIEL UBEZPIECZENIOWO-FINANSOWY

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Nr Przedstawiciela

Nr Oddziału

Nr telefonu

Podpis

Data

³ w przypadku Dziecka, które nie ukończyło 18 r. ż. oświadczenie w jego imieniu składa rodzic lub opiekun prawny

⁴ w przypadku osoby małoletniej, która nie ukończyła 13 r. ż. oświadczenie składa rodzic lub opiekun prawny

