



## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU

Nr polisy

### 1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy

### 2. UBEZPIECZONY/WSPÓLUBEZPIECZONY

Nazwisko

Imiona  PESEL

Tel. kontaktowy  E-mail

### 3. OSOBA UPRAWNIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Nazwisko

Imiona  PESEL

Ulica

Nr domu  Nr mieszkania  Kod  Miejscowość

### 4. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru,
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego,
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy
- pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu,
- pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
- pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu,
- pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.

okres pobytu od:  do

### 5. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA:

- przelew na konto osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia:

Właściciel konta

Nr konta

- przekaz pocztowy

Adresat i adres

#### UBEZPIECZAJĄCY

Podpis

Data

#### OSOBA UPRAWNIONA DO ODBIORU ŚWIADCZENIA

Podpis

Data

Pieczęć Ubezpieczającego

\* ubezpieczony oznacza również współubezpieczony