

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

Upoważniam ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza i/lub w każdej placówce służby zdrowia gdzie byłam/byłem badana(y) lub leczona(y), oraz do przetwarzania pozyskanych w ten sposób danych w celu podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia jak również w celach archiwalnych.

5. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA¹

- przelew na konto osobiste Ubezpieczonego przekaz pocztowy

Nazwa banku/adres pocztowy

Nr konta

6. ZAŁĄCZONO DOKUMENTY¹

- karta informacyjna z leczenia szpitalnego
 karta leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań
 opinia lekarza prowadzącego
 odpis badania potwierdzającego wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia
 kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, poświadczona za zgodność z oryginałem

inne

UBEZPIECZONY/OSOBA UPRAWNIONA DO ODBIORU ŚWIADCZENIA

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Oświadczenie lekarza prowadzącego

¹ Zaznaczyć odpowiednie pole.

Nr polisy

1. DECYZJA DOTYCZĄCA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Rodzaj poważnego zachorowania	Grupa poważnego zachorowania	Suma Ubezpieczenia	% sumy ubezpieczenia	Kwota do wypłaty w PLN

2. DECYZJA DZIAŁU MEDYCZNEGO

decyzja medyczna wniosku o wypłatę świadczenia

ZATWIERDZIŁ:

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Data

3. ROSZCZENIE O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA ZAKWALIFIKOWANE ODMOWNIE NA PODSTAWIE

4. OSOBA UPRAWNIIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Nazwisko

Imiona

PESEL

Łączna kwota do wypłaty (słownie)

OPRACOWAŁ:

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Data

USTALONĄ WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ZATWIERDZIŁ

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Data