



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO Z TYTUŁU LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO, REKONWALESCENCJI, POBYTU W SANATORIUM, UBEZPIECZENIE LEKOWE

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nr polisy

Nazwa firmy

2. UBEZPIECZONY/WSPÓLUBEZPIECZONY

Nazwisko

Imiona

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

Czy posiada Pan /Pani polisę indywidualną w ING Życie?

(jeśli TAK proszę podać jej numer)

3. OSOBA UPRAWNIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Nazwisko

Imiona

PESEL

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Miejscowość

4. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

rekonwalescencja

 okres pobytu od - - do - -

pobyt w sanatorium

 okres pobytu od - - do - -

leczenie specjalistyczne:

(Proszę podać rodzaj leczenia specjalistycznego)

chemioterapia

terapia interferonowa

 wszczepienie
rozrusznika serca

radioterapia

 wszczepienie
kardiowertera/defibrylatora

ablacja

 Data przeprowadzenia leczenia specjalistycznego - -

ubezpieczenie lekowe

5. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA:

przekaz pocztowy

Adres do przekazu

przelew na rachunek bankowy

Uwaga: Jeśli nazwa właściciela nie zostanie uzupełniona, ING Życie uzna, że właścicielem rachunku jest osoba występująca z wnioskiem.

Nazwa właściciela

Adres właściciela

Nazwa Banku

Nr rachunku

Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy regulują przepisy:

a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,

b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

6. WYMAGANE DOKUMENTY¹

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem,
- do rekonwalescencji (karta informacyjna z leczenia szpitalnego, kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital),
- do pobytu w sanatorium (karta informacyjna z leczenia szpitalnego, skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawione przez lekarza i potwierdzone przez osobę upoważnioną przez NFZ, dokumentacja medyczna potwierdzająca odbycie pobytu w Sanatorium),
- do leczenia specjalistycznego (karta z leczenia szpitalnego, odpis badania potwierdzającego wykonanie specjalistycznego leczenia),
- do ubezpieczenia lekowego (karta z leczenia szpitalnego, dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny), w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem),

Upoważniam podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielania informacji koniecznych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, zarówno za mojego życia jak i po mojej śmierci. W tym celu wyrażam zgodę na przekazywanie upoważnionemu przez ING Życie lekarzowi informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

UBEZPIECZAJĄCY

Podpis

Data

Pieczęć Ubezpieczającego

UBEZPIECZONY/OSOBA UPRAWNIONA DO ODBIORU ŚWIADCZENIA

Podpis

Data

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