



**Wniosek o wypłatę świadczenia
Pobyt w szpitalu lub operacja
polisa nr**

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

POBYT W SZPITALU **OPERACJA**

DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ 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 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. TAK NIE

OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA (jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem o wypłatę świadczenia)

Nazwisko

Imiona

PESEL Tel. kontaktowy

SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

przekięgowanie na polisę/wniosek nr

przelew na rachunek bankowy:

Nazwa właściciela

Nr rachunku

Adres właściciela (uzupełnić tylko jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem).

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

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 (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 DOKUMENTY¹

- 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:

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

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

Upoważniam (dotyczy osoby uprawnionej do świadczenia).²

Upoważniam lekarzy, podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz zakłady ubezpieczeń i instytucje ubezpieczeniowe do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia oraz stanie zdrowia mojego Dziecka.

Upoważniam 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 (upoważnienie dotyczy również podmiotów wykonujących działalność leczniczą). Powyższe upoważnienie dotyczy także zasięgnięcia informacji na temat zdrowia mojego Dziecka. Uzyskane w ten sposób dane będą wykorzystywane przez Ubezpieczyciela wyłącznie w celu ustalenia zakresu odpowiedzialności w przypadku wypłaty świadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ING Życie moich danych osobowych podanych w niniejszym wniosku. Administratorem danych osobowych jest ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM	OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA	PRZEDSTAWICIEL
Imię i nazwisko (czytelny podpis)	Imię i nazwisko (czytelny podpis)	Imię i nazwisko (czytelny podpis)
Podpis	Podpis	Nr Przedstawiciela
		Nr Oddziału
Data	Data	
		Nr telefonu
		Podpis
		Data

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