



**Wniosek o wypłatę świadczenia  
Uszkodzenie ciała**

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

polisa nr

**Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała:** (Prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)

- wariant podstawowy    wariant rozszerzony    wariant pełny:
- złamania  
 zwichnięcia

**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  Data urodzenia

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

Data urodzenia  PESEL

Tel. kontaktowy

**DANE O ZDARZENIU**

Data wypadku  Kraj wypadku

Data zdarzenia  Miasto wypadku

(prosimy o wpisanie daty faktycznego uszkodzenia organu, narządu lub układu)

Data rozpoczęcia leczenia  Data zakończenia leczenia łącznie z rehabilitacją

Opis zdarzenia

**Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:**

Oświadczam, że w chwili wypadku, który miał miejsce dnia , nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych.

## PRZEBIEG LECZENIA

Prosimy podać dane lekarzy, którzy udzielili pomocy/leczyli Pana/Panią:

Imię i nazwisko:	Nazwa placówki medycznej:	Adres miejsca pracy (ulica, miejscowość, kod pocztowy):	Okres leczenia od:	Okres leczenia do:	Dodatkowe informacje:

Prosimy podać dane lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarza, pod którego opieką pozostaje Pan/Pani obecnie:

Imię i nazwisko:	Nazwa placówki medycznej:	Adres miejsca pracy (ulica, miejscowość, kod pocztowy):	Okres leczenia od:	Okres leczenia do:	Dodatkowe informacje:

## SPOSÓB WYPŁATY

- przebieganie na polisę/wniosek nr
- przelew na rachunek bankowy

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

Nazwa właściciela

Nr rachunku

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

## WYMAGANE DOKUMENTY<sup>1</sup>

- Urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem.
- Dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy.
- Dokumentacja medyczna z leczenia następstw wypadku.
- Postanowienie z prokuratury lub notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności wypadku.
- Protokół powypadkowy BHP w przypadku wypadku w pracy.
- Prawo jazdy, jeżeli ubezpieczony w chwili zdarzenia kierował pojazdem.

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 dziecka; **opiekun prawny:** zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje:

<sup>1</sup> dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą ING Życie

---

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

---

**Upoważniam (dotyczy osoby uprawnionej do świadczenia):<sup>2</sup>**

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.

<b>OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM</b>	<b>OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA</b>	<b>PRZEDSTAWICIEL</b>
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

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