

Data wpływu Wniosku do Towarzystwa

Wypełnia Towarzystwo

Do Jednostki Terenowej	do Centrali	Nr roszczenia	Kod ryzyka
		Nr roszczenia	Kod ryzyka
do Departamentu/Zespołu		Nr roszczenia	Kod ryzyka
		Nr roszczenia	Kod ryzyka
		Nr roszczenia	Kod ryzyka
		Nr roszczenia	Kod ryzyka

Uwaga: Jeżeli do świadczenia uprawnionych jest więcej niż jedna osoba, dla każdej osoby uprawnionej prosimy o kompletne wypełnienie odrębnego wniosku.

## PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

ubezpieczenie grupowe  ubezpieczenie indywidualne

Numer polisy

Numer certyfikatu

## Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy

Ubezpieczonego  Małżonka  Dziecka  Rodzica  Rodzica Małżonka

## Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego

<input type="checkbox"/> Zgon naturalny	<input type="checkbox"/> Przeprowadzenie zabiegu specjalistycznego
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie wypadku	<input type="checkbox"/> Przeprowadzenie operacji
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie wypadku komunikacyjnego	<input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> Rekonwalescencja
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	<input type="checkbox"/> L4 po hospitalizacji
<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Pobyt w sanatorium
<input type="checkbox"/> Uszczerbek na zdrowiu w następstwie wypadku	<input type="checkbox"/> Ryczałt na zakup leków
<input type="checkbox"/> Uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca	<input type="checkbox"/> Zakażenie wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy
<input type="checkbox"/> Urodzenie się żywego Dziecka	<input type="checkbox"/> Zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi
<input type="checkbox"/> Urodzenie się martwego Dziecka	<input type="checkbox"/> Przejęcie opłacania składek regularnych
<input type="checkbox"/> Urodzenie się Dziecka z wadą wrodzoną	<input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo
<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy w następstwie wypadku	<input type="checkbox"/> Śmiertelna choroba
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie	<input type="checkbox"/> Inne

Hospitalizacja w następstwie:  choroby  wypadku  ciąży wysokiego ryzyka  wypadku komunikacyjnego  
 wypadku przy pracy  zawału serca lub udaru mózgu

Niezdolność do pracy w zawodzie:  nauczyciela  kierowcy  Czasowa niezdolność do pracy w następstwie  wypadku  wypadku przy pracy

Niezdolność do pracy:  bezterminowa  na okres 12 miesięcy  na okres powyżej 12 miesięcy  w dotychczasowym zawodzie

## Dane osoby zgłaszającej roszczenie (ubezpieczonego/uprawnionego)

Imię/Imiona	
Nazwisko	
Adres do korespondencji Ulica	nr domu
	nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość
Województwo	
Data urodzenia	nr telefonu kontaktowego
Seria i numer dowodu osobistego	E-mail
PESEL	

**Dane osoby, której dotyczy zdarzenie (ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka, rodzica, rodzica małżonka)**

Imię/Imiona									
Nazwisko									
Data urodzenia	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D
R	R	R	R	M	M	D	D		
PESEL									

**Dane zdarzenia**

Data urodzenia/zgonu:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	Medyczna przyczyna zgonu										
R	R	R	R	M	M	D	D													
(Wypełnia się obowiązkowo w przypadku zgłoszenia zgonu)																				
Data zdiagnozowania poważnego zachorowania/śmiertelnej choroby:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D											
R	R	R	R	M	M	D	D													
Okres pobytu w szpitalu:	od	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	do	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D
R	R	R	R	M	M	D	D													
R	R	R	R	M	M	D	D													
Okres pobytu w szpitalu:	od	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	do	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D
R	R	R	R	M	M	D	D													
R	R	R	R	M	M	D	D													
Okres pobytu w szpitalu <sup>1)</sup> :	od	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	do	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D
R	R	R	R	M	M	D	D													
R	R	R	R	M	M	D	D													
Okres czasowej niezdolności:	od	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	do	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D
R	R	R	R	M	M	D	D													
R	R	R	R	M	M	D	D													
Data przyjęcia na OIOM:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	Data przeprowadzenia operacji:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	
R	R	R	R	M	M	D	D													
R	R	R	R	M	M	D	D													
Data zatwierdzenia skierowania do sanatorium:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	Data przeprowadzenia zabiegu specjalistycznego	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	
R	R	R	R	M	M	D	D													
R	R	R	R	M	M	D	D													
Data powstania niezdolności:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	Data podania pierwszej dawki leku/promieniowania jonizującego	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	
R	R	R	R	M	M	D	D													
R	R	R	R	M	M	D	D													
Data wypadku:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D	Miejsce wypadku:										
R	R	R	R	M	M	D	D													
Data zakończenia leczenia i rehabilitacji:	<table border="1"> <tr> <td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	R	R	R	R	M	M	D	D											
R	R	R	R	M	M	D	D													

<sup>1)</sup> W przypadku, gdy miały miejsce więcej niż 3 pobyty w szpitalu należy wypełnić kolejny druk wniosku o wypłatę świadczenia.

**Opis zdarzenia – przyczyna, okoliczności, przebieg wypadku (w przypadku braku miejsca prosimy uzupełnić opis na dodatkowej kartce, potwierdzając datą i podpisem)****Świadkowie zdarzenia (imię, nazwisko, adres)****Dane lekarza/y lub placówki/ek medycznej/ych, którzy udzielili pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku i leczyli w późniejszym okresie**

Imię i nazwisko lekarza /dane placówki	
Adres miejsca pracy lekarza/placówki, telefon	
Daty leczenia, konsultacji	

**Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest/było postępowanie Policji lub Prokuratury?**
 TAK  NIE

<input type="checkbox"/> Policja	Nazwa, adres i telefon:	Sygn.akt:
<input type="checkbox"/> Prokuratura	Nazwa, adres i telefon:	Sygn.akt:

**Dokumenty, które zostały załączone do Wniosku o wypłatę świadczenia**

- wykaz wymaganych dokumentów do poszczególnych rodzajów zdarzeń dostępny jest na stronie internetowej Towarzystwa ([www.hdi-gerling.pl](http://www.hdi-gerling.pl)) lub w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- kopie załączonych dokumentów do wybranych ryzyk powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem; szczegółowe informacje dotyczące sposobu poświadczania dokumentów można uzyskać na stronie internetowej Towarzystwa ([www.hdi-gerling.pl](http://www.hdi-gerling.pl)), w jednostkach terenowych, Centrali Towarzystwa lub dzwoniąc na Infolinię.

### Sposób wypłaty świadczenia

na konto w banku

Właściciel rachunku <sup>2)</sup>	
Nazwa i oddział banku	
Nr rachunku bankowego	

<sup>2)</sup> Jeżeli właścicielem rachunku jest inna osoba, niż osoba ubezpieczona/uprawniona, należy poniżej podać adres właściciela rachunku oraz osoba ta musi złożyć swój podpis pod oświadczeniem dotyczącym wykorzystywania jej danych osobowych przez Towarzystwo.

Adres właściciela rachunku

Adres stały/Ulica		nr domu		nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość			

przekazem pocztowym  jako wpłata dodatkowa do wniosku/polisy nr   gotówką

na konto regularne zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wybranych rodzajów ubezpieczeń indywidualnych

### Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i Kodeksie Cywilnym.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 10 poz. 926 j.t.) Towarzystwo informuje, że przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych i do składania wniosków odnośnie ich poprawiania. Administratorem danych osobowych jest HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, Al. Jerozolimskie 133 A, 02 - 304 Warszawa. Wyrażam zgodę na udostępnianie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA przez właściwe organy i instytucje informacji dotyczących mojej osoby, niezbędnych do weryfikacji zgłoszonych roszczeń wobec Towarzystwa oraz na udostępnianie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA przez lekarzy oraz placówki medyczne, w których się leczę bądź leczylam/em, informacji i dokumentacji medycznej o moim stanie zdrowia za mojego życia, jak i po mojej śmierci, niezbędnych do realizacji zgłaszanych roszczeń (dotyczy Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego i Dziecka Ubezpieczonego). Jednocześnie upoważniam HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA do zasięgania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń (dotyczy Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego i Dziecka Ubezpieczonego).

Przyjmuję do wiadomości, że HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA ma prawo skierować mnie na komisję lekarską, natomiast decyzja o przyznaniu świadczenia nastąpi po wydaniu orzeczenia komisji lekarskiej oraz opinii Konsultanta do spraw orzecznictwa HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA (dotyczy Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego i Dziecka Ubezpieczonego).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych, a w szczególności na oferowanie mi nowych produktów HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeniowe S.A., HDI Asekuracja TU SA oraz prowadzenie badań i analiz marketingowych. TAK  NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji na temat dokumentów potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia drogą elektroniczną na wskazany we Wniosku o wypłatę świadczenia adres e-mail. TAK  NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu dokonania wypłaty na wskazany rachunek bankowy TAK  NIE

Imię i nazwisko Ubezpieczonego/Uprawnionego	
Imię i nazwisko Małżonka osoby Ubezpieczonej <sup>3)</sup>	
Imię i nazwisko właściciela rachunku <sup>4)</sup>	

Miejscowość, data

podpis osoby Ubezpieczonej/  
Uprawnionej

podpis Małżonka osoby  
Ubezpieczonej<sup>3)</sup>

podpis właściciela  
rachunku<sup>4)</sup>

<sup>3)</sup> Wypełnić tylko w przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego Małżonka Ubezpieczonego.

<sup>4)</sup> Wypełnić tylko w przypadku, jeżeli właścicielem rachunku jest inna osoba niż osoba Ubezpieczona/Uprawniona.

### Dane pracodawcy/ubezpieczającego (wypełnia pracodawca/ubezpieczający w przypadku ubezpieczeń grupowych)

Nazwa lub pieczęć firmowa pracodawcy/ Ubezpieczającego	Data zatrudnienia Ubezpieczonego u Ubezpieczającego, jeśli jest pracodawcą:	R	R	R	R	M	M	D	D
	Data przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia:	R	R	R	R	M	M	D	D
	Data początku ubezpieczenia dla grupy:	R	R	R	R	M	M	D	D
	Data zapłacenia składki, za okres w którym zaszło zdarzenie:	R	R	R	R	M	M	D	D
	Data rozwiązania z Ubezpieczonym umowy o pracę (o ile dotyczy) :	R	R	R	R	M	M	D	D

Miejscowość, data

pieczęć i podpis osoby reprezentującej  
pracodawcę/ubezpieczającego

Miejscowość, data

pieczęć i podpis osoby przyjmującej  
wniosek w imieniu Towarzystwa