

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA



Data wpływu Wniosku do Towarzystwa

Wypełnia Towarzystwo

Do Jednostki Terenowej	do Centrali
<input type="text"/>	<input type="text"/>
do Zespołu	
<input type="text"/>	

Nr roszczenia	<input type="text"/>	Kod ryzyka	<input type="text"/>
Nr roszczenia	<input type="text"/>	Kod ryzyka	<input type="text"/>
Nr roszczenia	<input type="text"/>	Kod ryzyka	<input type="text"/>
Nr roszczenia	<input type="text"/>	Kod ryzyka	<input type="text"/>
Nr roszczenia	<input type="text"/>	Kod ryzyka	<input type="text"/>
Nr roszczenia	<input type="text"/>	Kod ryzyka	<input type="text"/>
Nr roszczenia	<input type="text"/>	Kod ryzyka	<input type="text"/>

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

## PROSIMY WYPEŁNIENIE WIELKIMI LITERAMI

ubezpieczenie grupowe     ubezpieczenie indywidualne

Numer polisy

Numer certyfikatu

## Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy

Ubezpieczonego     Małżonka     Dziecka     Rodzica     Rodzica Małżonka

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Kod ryzyka	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Kod ryzyka
<input type="checkbox"/> Zgon naturalny	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy w następstwie wypadku przy pracy	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie wypadku	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie wypadku komunikacyjnego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizacja w następstwie choroby	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie wypadku przy pracy	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizacja w następstwie wypadku	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zgon w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizacja w następstwie ciąży wysokiego ryzyka	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pobyt na OIOM	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Uszczerbek na zdrowiu w następstwie wypadku	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Przeprowadzenie operacji	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rekonwalescencja	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urodzenie się żywego Dziecka	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pobyt w sanatorium	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urodzenie się martwego Dziecka	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zakażenie wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urodzenie się Dziecka z wadą wrodzoną	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy w następstwie wypadku	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Przejęcie opłacania składek regularnych	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy w zawodzie nauczyciela	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy w zawodzie kierowcy	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Śmiertelna choroba	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy w następstwie wypadku	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inne	<input type="text"/>
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> Bezterminowa	<input type="checkbox"/> Na okres 12 miesięcy	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Na okres powyżej 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> W dotychczasowym zawodzie	<input type="text"/>

## Dane osoby zgłaszającej roszczenie (ubezpieczonego/uprawnionego)

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

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

Imię/Imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	R   R   R   R   M   M   D   D
PESEL	

**Dane zdarzenia**

Data urodzenia/zgonu:	R   R   R   R   M   M   D   D	Przyczyna zgonu:	
(Wypełnia się obowiązkowo w przypadku zgłoszenia zgonu)			
Data zdiagnozowania poważnego zachorowania/śmiertelnej choroby:	R   R   R   R   M   M   D   D		
Okres pobytu w szpitalu:	od R   R   R   R   M   M   D   D	do	R   R   R   R   M   M   D   D
Okres pobytu w szpitalu:	od R   R   R   R   M   M   D   D	do	R   R   R   R   M   M   D   D
Okres pobytu w szpitalu*:	od R   R   R   R   M   M   D   D	do	R   R   R   R   M   M   D   D
Okres czasowej niezdolności:	od R   R   R   R   M   M   D   D	do	R   R   R   R   M   M   D   D
Data przyjęcia na OIOM:	R   R   R   R   M   M   D   D	Data przeprowadzenia operacji:	R   R   R   R   M   M   D   D
Data zatwierdzenia skierowania do sanatorium:	R   R   R   R   M   M   D   D		
Data powstania niezdolności:	R   R   R   R   M   M   D   D		
Data wypadku:	R   R   R   R   M   M   D   D	Miejsce wypadku:	
Data zakończenia leczenia i rehabilitacji:	R   R   R   R   M   M   D   D		

\* – 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/yh, 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	

**Adres i telefon komendy policji lub prokuratury prowadzącej dochodzenie:**

--

### Sposób wypłaty świadczenia:

na konto w banku

Właściciel rachunku**	
Nazwa i oddział banku	
Nr rachunku bankowego	

\*\* – 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 wykorzystania 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

### Komisje lekarskie – data, godzina, miejsce, nazwisko lekarza, data zlecenia do firmy zewnętrznej (wypełnia Towarzystwo):

--

### 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.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych do tworzenia bazy danych o klientach Towarzystwa, ich przetwarzania oraz dalszego ich wykorzystywania do celów ubezpieczeniowych.

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 Towarzystwo Ubezpieczeń SA przez lekarzy oraz placówki medyczne, w których się leczę bądź leczyłam/em, informacji i dokumentacji medycznych o moim stanie zdrowia, 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).

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody \*\*\* na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych, a w szczególności na ofereowanie mi nowych produktów HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeniowe SA oraz HDI Asekuracja TU SA oraz prowadzenie badań i analiz marketingowych (dotyczy 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).

\*\*\* – niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko Ubezpieczonego/Uprawnionego	
Imię i nazwisko Małżonka osoby Ubezpieczonej****	
Imię i nazwisko właściciela rachunku*****	

Miejscowość, data

podpis osoby Ubezpieczonej/  
Uprawnionej

podpis Małżonka osoby  
Ubezpieczonej\*\*\*\*

podpis właściciela  
rachunku\*\*\*\*\*

\*\*\*\* – Wypełnić tylko w przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego Małżonka Ubezpieczonego.

\*\*\*\*\* – 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 u ubezpieczającego, jeśli jest pracodawcą:	R	R	R	R	M	M	D	D
	Data przystąpienia 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 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