

_____ miejscowość

_____ data

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu ubezpieczenia:

- całkowitej niezdolności do pracy
- pobytu w szpitalu

Nazwisko _____

Imiona _____

Dokładny adres zameldowania: _____

Dokładny adres korespondencyjny: _____

PESEL: _____

Nr telefonu: domowy (_____) _____ do pracy (_____) _____

komórkowy _____

Adres e-mail: _____

Uprawiana dyscyplina sportu: _____

Zawód wykonywany: _____

Wnioskuje o wypłatę świadczenia z tytułu (*właściwie zakreślić „x”*):

całkowitej niezdolności do pracy

pobytu w szpitalu

na rachunek PKO BP S.A. zgodnie z moim oświadczeniem złożonym na deklaracji zgody

numer _____

Data zdiagnozowania zachorowania lub data wypadku: _____

Data skierowania do szpitala: _____

Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej:

Proszę podać rozpoznanie (rodzaj zachorowania): _____

Opis okoliczności choroby, (jakie były pierwsze objawy zachorowania i kiedy się pojawiły):

W jakiej placówce medycznej leczył się Ubezpieczony przed chorobą, bądź wypadkiem (adres placówki i rodzaj zachorowania): _____

Okres niezdolności do pracy (od - do): _____

Data wydania decyzji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych: _____

Okres pobytu w szpitalu (od -do): _____

Nazwa i adres szpitalu: _____

Cel pobytu w szpitalu (właściwie zaznaczyć „x”):

- leczniczy, w tym:
 - leczenie ostrych dolegliwości,
 - leczenie zaostrzeń przewlekłych
 - leczenie urazów doznanych w wyniku NNW:

- diagnostyczny:
- obserwacyjny, w tym:
 - badania kontrolne,
 - badania okresowe_

Przy nieszczęśliwych wypadkach podać:

- a) czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? _____
- b) w przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez ubezpieczonego pojazdu samochodowego numer i kategorię prawa jazdy: _____
- c) kto i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy? _____

- d) opis okoliczności wystąpienia zdarzenia:

Na jakie choroby i gdzie (podać nazwy placówek medycznych) Ubezpieczony leczył się do tej pory: _____

Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym wniosku informacje i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności kamej związanej ze składaniem nieprawdziwych oświadczeń w celu uzyskania nienależnego świadczenia.

Załącznik do wniosku (kopia):

- umowę z harmonogramem spłaty kredytu,
- raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego- dotyczy nieszczęśliwego wypadku,
- posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
- posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
- posiadane zaświadczenia szpitalne związane z wypadkiem, chorobą, kartę informacyjną ze szpitala,
- kopię prawa jazdy i odpowiednich uprawnień, kopię dowodu rejestracyjnego - dotyczy wypadku komunikacyjnego,
- zaświadczenie wydane przez Bank o kwocie zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- w przypadku całkowitej niezdolności do pracy:
 - zaświadczenie wydane przez Bank o kwocie zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

- zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie lub prowadzenie działalności gospodarczej,
- prawomocną decyzję wydaną przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uznające Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy,
- w przypadku pobytu w szpitalu zaświadczenie wydane przez Bank o wysokości raty kredytu,
- inne dokumenty, o które zwróciła się pisemnie InterRisk – wymienić, jakie:

imię nazwisko Kredytobiorcy

data

podpis