

\_\_\_\_\_

miejsowość

\_\_\_\_\_

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