



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

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

### Dane zdarzenia

Data urodzenia/zgonu:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	Przyczyna zgonu:										
D	D	M	M	R	R	R	R													
(Wypełnia się w przypadku zgłoszenia zgonu)																				
Data zdiagnozowania poważnego zachorowania:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R													
Okres pobytu w szpitalu:	od	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	do	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R													
D	D	M	M	R	R	R	R													
Okres pobytu w szpitalu*:	od	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	do	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R													
D	D	M	M	R	R	R	R													
Okres czasowej niezdolności:	od	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	do	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R													
D	D	M	M	R	R	R	R													
Data przyjęcia na OIOM:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R													
Data przeprowadzenia operacji:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R													
Data zatwierdzenia skierowania do sanatorium:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R													
Data powstania niezdolności:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R													
Data wypadku:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	Miejsce wypadku:										
D	D	M	M	R	R	R	R													
Data zakończenia leczenia i rehabilitacji:	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R													

\* W przypadku gdy miały miejsce więcej niż 2 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):

### 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	

### 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.

### Adres właściciela rachunku

Adres do korespondencji 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. Nr 133, poz. 883) Towarzystwo informuje, że przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych i do składania wniosków o ich poprawianie. Administratorem danych osobowych jest HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, ul. Hrubieszowska 2, 01-209 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 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 oferowanie mi nowych produktów HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, HDI-Gerling Polska TU SA, oraz HDI Asekuracja TU SA oraz prowadzenie badań i analiz marketingowych.

Przyjmuję do wiadomości, że HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA ma prawo skierować mnie na komisję lekarską, natomiast decyzja o przyznaniu świadectwa, nastąpi po wydaniu orzeczenia komisji lekarskiej oraz opinii Konsultanta do spraw orzecznictwa HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA.

\*\*\* niepotrzebne skreślić

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

Miejscowość, data

podpis osoby Ubezpieczonej /  
Uprawnionej

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

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

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

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

Miejscowość, data

pieczęć i podpis osoby reprezentującej  
pracodawcę/ubezpieczającego

Miejscowość, data

pieczęć i podpis osoby przyjmującej  
wniosek w imieniu Towarzystwa