

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - WYPADEK

NUMERY POLIS ORAZ NAZWY UBEZPIECZEŃ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

NAZWISKO / NAZWA FIRMY

IMIĘ / NAZWA FIRMY

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DANE UPRAWNIONEGO, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO

IMIĘ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI

TELEFON KONTAKTOWY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ULICA

NR DOMU

NR MIESZK.

KOD POCZTOWY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

MIEJSCOWOŚĆ

ADRES EMAIL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST INNY OD UBEZPIECZAJĄCEGO / UPRAWNIONEGO / POSZKODOWANEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UBEZPIECZAJĄCEGO / UPRAWNIONEGO / UBEZPIECZONEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TYP ROSZCZENIA WSKUTEK NW (PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X” WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANYCH OPCJI)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY               | <input type="checkbox"/> ZŁAMANIE KOŚCI  | <input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE / POBYT W SZPITALU |
| <input type="checkbox"/> CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY (DOT. UBEZP. GRONO)      | <input type="checkbox"/> OPARZENIE CIAŁA                                       | <input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA           |
| <input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU                          | <input type="checkbox"/> KALECTWO  | <input type="checkbox"/> KOSZTY REHABILITACJI                  |
| <input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU MAŁŻONKA                 | <input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI                                 | <input type="checkbox"/> KOSZTY LECZENIA                       |
| <input type="checkbox"/> KOSZTY NAPRAWY/ZAKUPU PRZEDM. ORTOPED. I POMOCNICZYCH | <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA (DOT. UBEZP. NA ZDROWIE, ZDROWE ŻYCIE) |  |

DATA I GODZINA ZDARZENIA

W DNIU .. , O GODZINIE :

POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:

PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

\* WYPŁATĄ GOTÓWKOWĄ (ODBIÓR W WYBRANYM ODDZIALE BANKU PEKAO SA, PO OKAZANIU DOWODU OSOBISTEGO, W CIĄGU 14 DNI OD PRZEKAZANIA ŚRODKÓW PRZEZ TOWARZYSTWO) \*NIE DOTYCZY POLIS ROZSĄDNY PARTNER 1, 2; GRONO, PARTNER W PODRÓŻY

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

MIEJSCE PODPISANIA

OPIS OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM

1. MIEJSCE ZDARZENIA ADRES, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ:

2. RODZAJ, PRZEBIEG ORAZ PRZYCZYNA ZDARZENIA:

3. DOTYCZY KOŃCZYN GÓRNYCH - ZDARZENIE DOTYCZYŁO STRONY:  DOMINUJĄCEJ  NIEDOMINUJĄCEJ

4. CZY ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE W PRACY? TAK  NIE , CZY SPORZĄDZANO PROT. BHP, KARTĘ WYPADKU ITP? TAK\*  NIE

5. CZY BYŁO PROWADZONE POSTĘPOWANIE PRZEZ POLICJĘ LUB PROKURATURĘ? TAK\*  NIE

6. CZY BYŁO WZYWANE POGOTOWIE RATUNKOWE? TAK\*  NIE

\*JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIĘ DOKUMENTACJI LUB ADRESY ORAZ NUMERY SPRAW.

7. KTO I GDZIE UDZIELAŁ POSZKODOWANEMU PIERWSZEJ POMOCY (JEŻELI PIERWSZEJ POMOCY UDZIELAŁ LEKARZ, PROSIMY O DOŁĄCZENIE KSEROKOPII KARTY INFORMACYJNEJ LUB PODANIE NAZWY I ADRESU PLACÓWKI)?

8. PROSIMY O PODANIE NAZW ORAZ ADRESÓW PLACÓWEK MEDYCZNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (LEKARZA RODZINNEGO, PRZYCHODNI REJONOWEJ) ORAZ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, PLACÓWEK KIERUJĄCYCH DO SZPITALA ORAZ PLACÓWEK DOCELOWYCH, W KTÓRYCH PROWADZONO LECZENIE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM.

9. NAZWA WYKONYWANEGO ZAWODU:

PUNKTY OD 10 DO 17 NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

10. CZY W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM POWSTAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY? TAK\*  NIE

\*JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIĘ DECYZJI ZUS, KRUS ORAZ DRUKÓW ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO ZUS ZŁA, JAK DŁUGO TRWAŁA:

OD .. DO .. ORAZ JAKIE SĄ ROKOWANIA LEKARZY DOTYCZĄCE JEJ ZAKOŃCZENIA:

LECZENIE SZPITALNE, HOSPITALIZACJA, POBYT W SZPITALU, KOSZTY LECZENIA

11. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM POSZKODOWANY ZOSTAŁ PODDANY LECZENIU SZPITALNEMU? TAK\*  NIE

\*JEŻELI TAK, PROSIMY O ZAŁĄCZENIE KOPII KART INFORMACYJNYCH ZE SZPITALA.

12. POBYT MIAŁ MIEJSCE: W POLSCE  ZA GRANICĄ\*

\*JEŻELI ZA GRANICĄ, PROSIMY O PODANIE: DATA WYJAZDU Z POLSKI .. DATA POWROTU ..

13. DATY POBYTU ORAZ NAZWY I ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH:

OD .. GODZINA : DO ..

OD .. GODZINA : DO ..

OD .. GODZINA : DO ..

OD .. GODZINA : DO ..

14. CZY W TRAKCIE POBYTU W SZPITALU PRZEPROWADZANO OPERACJĘ CHIRURGICZNĄ? TAK  NIE

