

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU**

(zastosowanie: Pakiet Ubezpieczeń Osobowych – Opcja IV; Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 10; OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 09; OWU Pakiet Ubezpieczeń Zdrowotnych OCHRONA NA SZÓSTKĘ – ubezpieczenie pobytu w szpitalu, OWU SAMO ZDROWIE - ubezpieczenie pobytu w szpitalu)

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE
PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZEŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA**

I. WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ UPRAWNIONY:

1. Ubezpieczający: _____
nazwa instytucji, adres pocztowy, adres e-mail, telefon

2. Ubezpieczony: _____
imię nazwisko, adres pocztowy, data urodzenia, adres e-mail, telefon

Uprawiana dyscyplina sportu: _____
Zawód wykonywany: _____
3. Uprawniony: _____
imię nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, seria i numer dowodu, adres e-mail, telefon

4. Seria i numer polisy: _____
5. Okres ubezpieczenia: _____
6. Okres pobytu w szpitalu (od do): _____
7. Nazwa i adres szpitalu: _____

8. Cel pobytu w szpitalu (- właściwe zaznaczyć „x”):
 leczniczy, w tym:
 leczenie ostrych dolegliwości, leczenie choroby, leczenie urazów doznanych w wyniku NW,
 diagnostyczny lub obserwacyjny,
 operacja (rodzaj) _____
9. Proszę podać rozpoznanie (rodzaj zachorowania): _____

10. Data zdiagnozowania zachorowania lub data wypadku: _____
11. Data skierowania do szpitala: _____
12. Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej: _____

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

14. Przy nieszczęśliwych wypadkach podać:
 - a) czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? _____
 - b) w przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego podać numer i kategorię prawa jazdy: _____
 - c) kto i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy? _____

