

Polisa nr

Proszę wypełnić drukowanymi literami
UBEZPIECZONY

Nazwisko

Imię

PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie dodatkowo poniższych danych oraz na przekazywanie informacji lub składanie oświadczeń na:

Tel. kontaktowy E-mail

SZCZEGÓŁY

Nazwa choroby

DANE MEDYCZNE

- datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. choroby
- początek pierwszego Zwolnienia lekarskiego

D D M M R R R R

Proszę podać nazwiska i miejsca pracy lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku z ww. zachorowaniem w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej:

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza / adres szpitala lub ZOZ-u	Okres leczenia oraz data przyjęcia i wypisu ze szpitala

Proszę podać:

- Imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres lekarza pierwszego kontaktu,
- Imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres lekarza, który wystawił pierwsze/kolejne zwolnienia (w przypadku, gdy nie jest on jednocześnie lekarzem pierwszego kontaktu).

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza: nazwa placówki, ulica, miejscowość, kod pocztowy

DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Nr konta do wypłaty świadczenia

Nazwa właściciela konta

WYMAGANE DOKUMENTY

- kopia Zwolnienia lekarskiego, poświadczona pieczętą przez zakład pracy zatrudniający Ubezpieczonego w dacie wydania zwolnienia,
- kopia każdego kolejnego Zwolnienia lekarskiego,
- kopia historii choroby lub zaświadczenie lekarskie, wskazujące rozpoznanie, przebieg leczenia i zalecenie o zwolnieniu lekarskim z pracy,
- kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalach,
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem),
- dokumenty potwierdzające opłacenie składki ZUS lub KRUS za okres, w którym Ubezpieczony otrzymał pierwsze zwolnienie z pracy,
- dokument od Kredytodawcy zawierający informacje o wysokości Rat kredytowych, o ile Ubezpieczony nie przedstawił harmonogramu spłat.

Dodatkowe informacje



Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

Data: __/__/----

Czytelny podpis Ubezpieczonego: