

# Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Choroba

## Ubezpieczony

Imię

Nazwisko

Rodzaj identyfikatora

Identyfikator (PESEL)

Data urodzenia

PESEL

PEP

## Identyfikacja osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe

Imię

Nazwisko

Rodzaj identyfikatora

Identyfikator (PESEL)

Data urodzenia

PESEL

Telefon

E-mail

PEP

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

## Opis zdarzenia ubezpieczeniowego

Proszę wpisać datę postawienia diagnozy

Typ choroby:

Czy doszło do hospitalizacji?

Tak Nie

Data rozpoczęcia hospitalizacji

Data zakończenia hospitalizacji

Nadal trwa

**i** Proszę o dołączenie dokumentacji medycznej i karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

Czy doszło do hospitalizacji na OIOM?

Tak Nie

Czy w związku ze zdarzeniem wystawiono zwolnienie lekarskie?

Tak Nie

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Nadal trwa

**i** Proszę dołączyć kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy (wydane zwolnienie lekarskie).

Czy przeprowadzono operację?

Tak Nie

Proszę o uzupełnienie informacji o operacji

**i** Proszę o dołączenie raportów medycznych związanych z operacją.

Czy zastosowano leczenie specjalistyczne?

Tak Nie

Proszę o uzupełnienie informacji o leczeniu specjalistycznym

**i** Proszę o dołączenie zaświadczeń lekarskich dotyczących leczenia specjalistycznego.

Czy wystawiono orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji przez ZUS?

Tak Nie

**i** Proszę o dołączenie kopii orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji przez ZUS.

Czy potrzebne są Usługi Assistance?

Tak Nie

**i** Proszę o kontakt z naszym partnerem Mondial na tel: +48 22 591 95 70.

## Rachunek bankowy do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych

Numer rachunku

Właścicielem tego rachunku bankowego jest Ubezpieczający

### Prosimy o wypełnienie, jeżeli Ubezpieczający nie jest właścicielem rachunku bankowego

Imię

Nazwisko

Związek z Ubezpieczającym

Podpis Ubezpieczającego

## Oświadczenie

Podpisując niniejszy formularz, zaświadczam, że podane informacje są prawdziwe, kompletne i prawidłowe.

Data

Podpis osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe