

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ**

(zastosowanie: Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COPMLEX – Klauzula Umowna 11;
OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 10; OWU Pakiet Ubezpieczeń Zdrowotnych OCHRONA NA SZÓSTKĘ –
ubezpieczenie. poważnych zachorowań, zachorowanie na nowotwór złośliwy piersi/prostaty, OWU SAMO ZDROWIE –
ubezpieczenie poważnej choroby)

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE
PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „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. Data zdiagnozowania poważnego zachorowania: _____

7. Kiedy pojawiły się pierwsze objawy choroby: _____

8. Rodzaj zachorowania (diagnoza lekarska): _____

7. Nazwa i adres placówki medycznej, w której prowadzone jest leczenie w związku z poważnym zachorowaniem: _____

8. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia: _____

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