

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA OPERACJI**

(zastosowanie: Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 12;  
OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 11; OWU Pakiet Ubezpieczeń Zdrowotnych OCHRONA NA SZÓSTKĘ –  
ubezpieczenie operacji, OWU SAMO ZDROWIE – ubezpieczenie operacji)

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE 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. Rodzaj wykonywanej operacji: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Nazwa i adres placówki medycznej w której przeprowadzono się operację: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Proszę podać rozpoznanie (rodzaj zachorowania) w związku z wykonywaną operacją: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Data zdiagnozowania zachorowania lub data wypadku: \_\_\_\_\_

10. Data skierowania do szpitala: \_\_\_\_\_

11. Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Okres pobytu w szpitalu (od do): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

