

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
Z UBEZPIECZENIA OPIEKI MEDYCZNEJ**

(zastosowanie: Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 14;  
OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 13, OWU SAMO ZDROWIE – Opcja Opieka Medyczna )

**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 wizyty u lekarza: \_\_\_\_\_
7. Data badania: \_\_\_\_\_
8. Nazwa i adres placówki medycznej: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Cel wizyty u lekarza ( - właściwe zaznaczyć „x”):  
 leczniczy, w tym:  leczenie ostрых dolegliwości,  leczenie choroby,  leczenie urazów doznanych w wyniku NW,  
 diagnostyczny lub obserwacyjny,  
 zabieg (rodzaj) \_\_\_\_\_
10. Proszę podać rozpoznanie (rodzaj zachorowania): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Data zdiagnozowania zachorowania lub data wypadku: \_\_\_\_\_
12. Data skierowania do lekarza specjalisty/na badania: \_\_\_\_\_
13. Imię i nazwisko lekarza kierującego do lekarza specjalisty/na badania, nazwa, adres placówki medycznej: \_\_\_\_\_
14. W jakiej placówce medycznej leczył się Ubezpieczony przed zachorowaniem, bądź wypadkiem (adres placówki i rodzaj zachorowania): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. 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: \_\_\_\_\_

