



WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY

(jeżeli Osoba Ubezpieczona posiada dokumenty medyczne zawierające diagnozę oraz opis przebiegu leczenia, wypełnienie pkt. 11 przez lekarza nie jest wymagane)

11. Data wypadku, diagnoza, opis przebiegu leczenia, data zakończenia leczenia

.....
.....
.....
.....
.....

Data

Podpis i pieczęć lekarza

12. Czy leczenie zostało zakończone?

TAK NIE

13. Zgodnie z artykułem 815 § 3 Kodeksu Cywilnego zatajenie prawdy lub złożenie oświadczeń niezgodnych z prawdą, a istotnych i wymaganych przez Towarzystwo, spowoduje unieważnienie roszczenia.

14. Do niniejszego wniosku prosimy o dołączenie:

- kopii pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem (w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego);
- kopii raportów z Policji/Prokuratury/Sądu zawierających opis okoliczności wypadku oraz wynik badania na zawartość alkoholu we krwi Osoby Ubezpieczonej (jeżeli zostały sporządzone);
- oryginałów rachunków za powypadkowe leczenie (jedynie w przypadku wybrania wariantu ubezpieczenia obejmującego zwrot kosztów powypadkowego leczenia).

15. Przyznane świadczenie proszę przekazać:

na rachunek bankowy nr: _____

nazwa banku:

właściciel rachunku:

albo przekazem pocztowym na adres:

.....

UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie, pracodawcę oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia Towarzystwu wszystkich niezbędnych informacji dotyczących okoliczności oraz następstw wypadku będącego przyczyną zgłoszenia roszczenia.

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko rodzica