

Proszę wypełnić formularz odręcznie lub elektronicznie, drukowanymi literami.
Nie należy używać długopisu z czarnym wkładem.

Dane ubezpieczonego

Numer polisy *

Imię i nazwisko ubezpieczonego / płatnika ubezpieczenia
– jeżeli nie jest nim ubezpieczony

Numer PESEL ubezpieczającego

Imię i nazwisko ubezpieczonego

Numer PESEL ubezpieczonego

Telefon

E-mail

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Nazwa i adres pracodawcy / w przypadku przedsiębiorcy indywidualnego opis działalności

Stanowisko

 Indywidualny przedsiębiorca – płatnik ubezpieczenia chorobowego Indywidualny przedsiębiorca niebędący płatnikiem ubezpieczenia chorobowego

kod banku

nr rachunku

Numer rachunku, na który
będzie wypłacone świadczenie*

Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego

Data doznania obrażenia / pierwszych
objawów choroby

Godzina

Miejsce, w którym doszło do obrażenia

Pierwsza wizyta u lekarza w związku
z obrażeniem/chorobą miała miejsce dnia

Godzina

Nazwisko lekarza i adres placówki opieki zdrowotnej, w którym wykonano pierwszy zabieg:

Proszę opisać okoliczności, w jakich doszło do obrażenia. Jeżeli do obrażenia doszło podczas aktywnego uczestnictwa w zawodach lub konkursach, proszę wymienić rodzaj zawodu/konkursu. W przypadku choroby proszę opisać przebieg:

Czy Pan/Pani jest zarejestrowany/a jako profesjonalny sportowiec? Jeżeli tak, proszę wymienić od kiedy, w której dyscyplinie sportowej i w których zawodach.

Świadek wypadku

Hospitalizacja od

do

Gdzie

Niezdolny do pracy od

do

Zwolnienie lekarskie lub zaświadczenie o niezdolności do pracy wydał
(nazwisko lekarza) i data wydania:

W przypadku przedłużenia zwykłego okresu leczenia proszę wymienić przyczyny (proszę opisać komplikacje):

Proszę uzupełnić również następną stronę

* W przypadku posiadania kilku polis należy wymienić ich numery na odwrotnej stronie formularza (Informacje dodatkowe).

W przypadku przyznania świadczenia powyżej 10.000 zł ubezpieczyciel wymaga przedstawienia urzędowo poświadzonego podpisu ubezpieczonego. Urzędowego poświadczenia podpisu należy dokonać na oficjalnych formularzach identyfikacji, dostarczanych klientom przez ubezpieczyciela (Identyfikacja Osoby Prawnej, Identyfikacja Osoby Fizycznej).



Czy zdarzenie było przedmiotem dochodzenia policyjnego? Jeżeli tak, proszę podać adres wydziału i numer referencyjny:

tak

nie

Czy zraniona część ciała była przed doznaniem obrażenia uszkodzona? Czy przeszedł Pan/Pani taką samą lub podobną chorobę w przeszłości? Jeżeli tak, proszę wpisać opis i datę poprzedniego obrażenia lub choroby:

tak

nie

Jeżeli została Panu/Pani przyznana grupa inwalidzka, prosimy o podanie daty przyznania, numer grupy i przyczynę (podstawowa diagnoza wg Decyzji o przyznaniu grupy inwalidzkiej):

tak

nie

Nazwisko i adres Pana/Pani lekarza rodzinnego, telefon, email:

Nazwiska i adresy lekarzy-specjalistów, którzy przeprowadzali badania w związku z niniejszym obrażeniem lub chorobą (telefon, email):

Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków lub ubezpieczenie turystyczne w innym zakładzie ubezpieczeń? Jeżeli tak, prosimy wymienić nazwę zakładu ubezpieczeń, rodzaj ubezpieczenia, kwotę ubezpieczenia oraz czy wnioskujecie Pan/Pani o odszkodowanie w wyniku tego samego zdarzenia w ramach tego ubezpieczenia

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/podpisana wnioskuję o wypłatę odszkodowania na podstawie z wymienionej wyżej umowy ubezpieczeniowej i oświadczam, że wszelkie informacje wymienione w tym formularzu są kompletne i prawdziwe.

Niniejszym upoważniam każdego lekarza, zakład opieki zdrowotnej lub inną osobę, która posiada informacje dotyczące mojej osoby i mojego zdrowia, do udzielenia ubezpieczycielowi lub jego przedstawicielowi informacji dotyczących przebytej choroby, obrażenia, pobytu w placówce opieki zdrowotnej, konsultacji, niezdolności do pracy, zabiegów lekarskich lub diagnostycznych lub leczenia. Wyrażam zgodę, aby kopia niniejszego oświadczenia posiadała ważność oryginału.

Podpis ubezpieczonego

(podpis opiekuna prawnego w przypadku nieletniego dziecka)

Data

 . .

Informacje dodatkowe

Instrukcje dla osoby wnioskującej o odszkodowanie

Proszę podać wyczerpującą odpowiedź na wszystkie pytania w niniejszym formularzu (1a)

Drugi formularz (1b) proszę przekazać do uzupełnienia lekarzowi prowadzącemu.

Do uzupełnionych formularzy proszę załączyć:

- kopię raportu lekarskiego dotyczącego leczenia bezpośrednio po doznaniu obrażenia lub przy pierwszych objawach choroby
- kopię raportu lekarskiego z opisem wykonanych zabiegów
- kopię kompletnego raportu o przebiegu leczenia szpitalnego (z każdej hospitalizacji)
- kopię protokołu policyjnego dotyczącego dochodzenia w sprawie wypadku
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z racji niezdolności do pracy również kopię zwolnienia lekarskiego lub potwierdzenia o niezdolności do pracy, kopię raportów o przebiegu leczenia (z kontroli), potwierdzenie o wysokości dochodu brutto i netto (zgodnie z warunkami danego ubezpieczenia), potwierdzenie o zapłaceniu składki na ubezpieczenie chorobowe za okres 3 miesięcy od powstania niezdolności do pracy (indywidualny przedsiębiorca również za okres trwania niezdolności do pracy), kopię zezwolenia na wykonywanie działalności gospodarczej
- w przypadku żądania zwolnienia od opłacania ubezpieczenia oraz żądania wypłacenia świadczenia z racji inwalidztwa kopię decyzji zakładu ubezpieczeń społecznych o przyznaniu renty inwalidzkiej oraz kopię orzeczenia o inwalidztwie

Wypełnione formularze oraz wymienione wyżej dokumenty proszę przesyłać na adres MetLife pojištovna a.s., Skr. pocztowa nr 33, 44-350 Gorzyce.