

# POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ S.A.

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA z grupowego ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego

1. Ubezpieczony .....  
(imię i nazwisko, adres z kodem pocztowym)

2. Nazwa i adres Kancelarii Notarialnej .....  
nr telefonu .....

3. Osoba hospitalizowana (zaznaczyć odpowiednio):

notariusz	<input type="checkbox"/> *)	płeć M <input type="checkbox"/> *) K <input type="checkbox"/> *)	data ur. ....
pracownik	<input type="checkbox"/> *)	płeć M <input type="checkbox"/> *) K <input type="checkbox"/> *)	data ur. ....
czł. rodziny	<input type="checkbox"/> *)	płeć M <input type="checkbox"/> *) K <input type="checkbox"/> *)	data ur. ....

4. Adres przychodni i nazwisko lekarza kierującego do szpitala .....

5. Nazwa i adres szpitala .....

6. Okres przebywania w szpitalu: od ..... do .....

7. Diagnoza choroby .....

Prosimy zaznaczyć poniżej przyczynę hospitalizacji :

1) choroba  \*)                      2) wypadek przy pracy  \*)                      3) wypadek poza pracą  \*)  
4) poród lub powikłania ciąży  \*)                      5) operacja  \*)

8. Opis leczenia/rodzaj przebytej operacji .....

9. Prosimy podać kiedy po raz pierwszy pojawiły się oznaki/symptomy stanu chorobowego, w związku z którym zgłasza Pan/Pani roszczenie? .....

10. Prosimy podać czy zgłoszone zachorowanie było wcześniej przedmiotem konsultacji lekarskich, leczenia szpitalnego bądź ambulatoryjnego? .....

Jeżeli tak, prosimy podać kiedy i jakiego rodzaju zastosowano leczenie oraz adres placówki prowadzącej leczenie: .....

11. Czy przysługuje Panu/Pani świadczenie z innego ubezpieczenia w związku ze zgłoszonym zachorowaniem/wypadkiem? .....

Jeżeli tak, prosimy podać rodzaj ubezpieczenia .....

12. Wypłata świadczenia:

1) na konto bankowe nr .....  \*)  
2) przekazem pocztowym na adres domowy: .....  \*)

.....  
(data)

.....  
(podpis ubezpieczonego)

**ZAŁĄCZNIKI: 1) karta informacyjna leczenia szpitalnego 2) inne:**

\*) odpowiednie zakreślić x

## Potwierdzenie ubezpieczenia przez zakład pracy:

- I. Oświadczamy, że Pan/Pani .....  
(imię i nazwisko osoby hospitalizowanej)  
jest objęty grupowym ubezpieczeniem dziennego świadczenia szpitalnego od dnia .....  
według wariantu A.
- II. Data podpisania deklaracji zgody (aktualnej) .....  
Nr pozycji wykazu imiennego .....
- III. Suma ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego: ..... zł.
- IV. Składka ubezpieczeniowa opłacona została:  
- jednorazowo w kwocie ..... zł w dniu .....  
- ratalnie – w kwocie ..... w dniu .....
- V. Numer polisy: .....

.....  
(data i podpis obsługującego ubezpieczenie)

SAGA Brokers

.....  
(pieczęć Kancelarii, podpis notariusza)