

Zgłoszenie roszczenia z umowy ubezpieczenia zdrowotnego

A Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres do korespondencji (Ulica / Nr domu / Nr mieszkania / Kod pocztowy / Miejscowość)

Telefon

Adres e-mail

B Ubezpieczenie

Polisa nr: _____

INTER ZDROWIE
INTER VISION

Classic
 Basic

Biznes
 Silver

Gold

Diamond

C Świadczenie

koszty leczenia

Prosimy dołączyć oryginały rachunków potwierdzających udzielenie świadczenia - liczba załączników

Wypłata świadczenia następuje zgodnie z odpowiednimi Ogólnymi i Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia oraz Wykazem świadczeń zdrowotnych TU INTER Polska S.A.

Jeśli zgłoszenie roszczenia dotyczy ubezpieczeń dodatkowych prosimy o wypełnienie części F formularza, znajdującej się na stronie 2 formularza.

D Zgody i oświadczenia Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia, w tym zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1422), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów współpracujących na podstawie umowy, w celach związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia oraz w celach statystycznych.

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje o możliwości, miejscu i formie składania reklamacji, terminie rozpatrzenia oraz sposobie powiadomienia o rozpatrzeniu reklamacji, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 05.08.2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1348) oraz organie właściwym do ich rozpatrzenia; jak również że szczegółowe informacje w tym zakresie zamieszczone są na stronie internetowej www.interpolska.pl.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 od Narodowego Funduszu Zdrowia, danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

E Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek bankowy:

Miejscowość, data

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

F Świadczenie – ubezpieczenia dodatkowe

dzienny zasiłek szpitalny

Prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub karty wypisu ze szpitala - liczba załączników

koszty leczenia za granicą

Prosimy dołączyć oryginały rachunków potwierdzających udzielenie świadczenia/dowody zapłaty - liczba załączników

Prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących podróży:

- data rozpoczęcia i zakończenia podróży: _____
- kraj podróży: _____
- cel podróży: _____

następstwa nieszczęśliwych wypadków

Prosimy dołączyć kopie karty informacyjnej leczenia szpitalnego, kopie wyników badań diagnostycznych, opinie lekarskie i inne dokumenty stwierdzające zakres udzielonej pomocy medycznej oraz określające przyczyny nieszczęśliwego wypadku - liczba załączników

poważne zachorowanie

Prosimy dołączyć kopie dokumentów potwierdzających wystąpienie poważnego zachorowania (np. karta wypisu ze szpitala, karta leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań potwierdzających diagnozę, opinia lekarza specjalisty) – liczba załączników

operacje chirurgiczne

Prosimy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego oraz kopię historii choroby – liczba załączników

rehabilitacja

Prosimy dołączyć oryginały rachunków potwierdzających udzielenie świadczenia - liczba załączników

Czy zdarzenie powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku? Tak Nie

Jeśli tak, prosimy o opis oraz datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku:

Miejscowość, data

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego