

YOUR **INTERNATIONAL**
HEALTHCARE **PARTNER**



CLAIM FORM
FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

MEDISKY INTERNATIONAL PLANS



Important Notes

- ✓ To assist us in processing your claim efficiently and speedily, please complete this form fully, clearly and legibly.
- ✓ Please complete Sections A, B, C, D and E.
- ✓ All claims should be submitted within 60 days from the starting date of the treatment Please attach all original bills, retaining photocopies for your personal reference.
- ✓ A separate claim form should be used for each patient and each medical condition.
- ✓ Processing of your claim may be delayed if the information provided is incomplete.

Ważne informacje

- ✓ aby pomóc nam w skutecznej i szybkiej obsłudze roszczenia, prosimy o wypełnienie formularza w całości, jasno i czytelnie;
- ✓ prosimy o wypełnienie Sekcji A, B, C, D i E;
- ✓ wszystkie roszczenia należy zgłaszać w ciągu 60 dni od rozpoczęcia leczenia;
- ✓ prosimy o dołączenie oryginałów rachunków, z zachowaniem dla siebie ich kserokopii;
- ✓ dla każdego pacjenta i każdego problemu medycznego czy stanu należy złożyć osobny formularz;
- ✓ obsługa Twojego roszczenia może się opóźnić, jeżeli podane informacje są niekompletne.

SECTION A/SEKCJA A

PATIENT DETAILS/DANE OSOBOWE PACJENTA

Title/Tytuł	Mr./ Mrs./ Pan/Pani	
Name & Surname/ Imię i nazwisko		
Policy No./nr Polisy		
Date of Birth/ Data urodzenia	Day Dzień	Month Miesiąc
		Year Rok
Address/Adres		
Post Code/ Kod pocztowy		
Country/Kraj		
Telephone/Telefon		
E-mail		

SECTION B/SEKCJA B

MEDICAL DETAILS/DANE MEDYCZNE

All fields of section B must be completed by the doctor in overall charge of the patient's treatment, or the patient himself if there is a medical report to confirm.

Wszystkie pola sekcji B powinien wypełnić lekarz prowadzący. Jeśli do wniosku dołączono raport medyczny, sekcję B może również wypełnić pacjent.

Medical Practitioner's details/Dane lekarza:

Name/Imię, nazwisko	
Address/Adres	
Qualifications/ Kwalifikacje	
Diagnostic/Diagnoza	

Onset date when symptoms first noticed by patient/ Data, kiedy pacjent po raz pierwszy spostrzegł objawy											
When did the patient first see a doctor?/ Data pierwszej wizyty u lekarza											

Details of treatment/ Szczegóły leczenia	
Details of operation/ Szczegóły operacji	
Details of medication/ Szczegóły terapii lekowej	

Hospital Dates/ Daty hospitalizacji	Admission Date/ Data przyjęcia		Discharge Date/ Data wypisu	
Name and address of admitting hospital/ Nazwa i adres przyjmującego szpitala		Reference number: Nr referencyjny:		
Name/Nazwa				
Address/Adres				
Telephone/Telefon				
Fax				
E-mail				

SECTION C/SEKCJA C

CASH BENEFIT/ŚWIADCZENIE SZPITALNE

The hospital should complete this section if you have stayed in hospital overnight without charge, and your plan includes a Cash Benefit.

Jeżeli przebywałeś w szpitalu przez noc bez opłaty, a Twój program obejmuje Świadczenie Szpitalne, poniższą Sekcję powinien wypełnić szpital.

I confirm that was in hospital from to and this hospital did not charge for accommodation.

Potwierdzam, że przebywał(a) w szpitalu od do, a szpital nie obciążył go/jej za pobyt.

The hospital needs to stamp this claim form here:

Miejsce na pieczęć szpitala:

SECTION D/SEKCJA D

PAYMENT DETAILS/SZCZEGÓŁY PŁATNOŚCI

Who would you like us to pay? (please tick one only) Komu mamy zapłacić? (zaznaczyć tylko jedną pozycję)	Doctor/Hospital/ Lekarzowi/Szpitalowi	Policy Holder/ Ubezpieczającemu	Patient/ Pacjentowi
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Payment by Electronic Funds Transfer to a bank account / Płatność przelewem na rachunek bankowy	
Bank name /Nazwa banku	
Swift/BIC code* Kod Swift/BIC*	
Sort code (UK only) Kod SORT (tylko WB)	
Account number/IBAN	
Account name/Payee Nazwa rachunku	
Currency for transfer/ Waluta przelewu	
Bank address/Adres banku	
Post code / Kod poczt.	
Country / Kraj	

*In order to process your payment as quickly and securely as possible, we strongly recommend that you provide both your IBAN and the SWIFT code of your bank branch. Your bank will be able to provide you with this information if necessary. We recommend that bank transfers are made in the currency of your bank account. If you have asked us to pay the provider, and an annual deductible applies to your cover, the deductible will be collected using your direct debit or credit card.

* Aby jak najszybciej i najbezpieczniej przeprowadzić obsługę Twojego roszczenia, zalecamy podanie kodu IBAN i kodu SWIFT Twojego oddziału banku. W razie konieczności informacje te będzie mógł Ci przekazać Twój bank. Zalecamy wykonywanie przelewów w walucie Twojego rachunku. Jeżeli poprosiłeś nas o zapłatę na rzecz dostawcy usług, a przy Twoim ubezpieczeniu obowiązuje roczny udział własny, zostanie on pobrany z wykorzystaniem Twojej karty kredytowej lub debetowej.



SECTION E/SEKCJA E

DECLARATION/OŚWIADCZENIE

I/We confirm the facts stated on this form to be true and accurate to the best of my / our knowledge. I / We give authority to the insurers or their representatives to contact my / our Medical practitioners for any additional information required in connection with this claim.

Potwierdzam(-y), że informacje podane w tym formularzu są prawdziwe, dokładne i zgodne z moja wiedzą. Udzielam(-y) upoważnienia ubezpieczycielom lub ich przedstawicielom do kontaktu z moimi/naszymi lekarzami w celu uzyskania wszelkich dodatkowych informacji niezbędnych do rozpatrzenia niniejszego roszczenia.

Signature/ Podpis										
Date/Data										