WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW
ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH Z UBEZPIECZENIA
Szlachetne Zdrowie

Numer zgłoszenia *(wypełnia Centrum Pomocy)*: .....

Numer Karty Ubezpieczonego/Polisy/Certyfikatu: .....

Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko …….....

Adres zameldowania: Ulica, nr domu.....

Kod: ☐☐-☐☐☐ .....
(miejscowość)

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ....., ...

(nr telefonu) (e-mail)

Data urodzenia: …….

Adres do korespondencji:
.....

Rodzaj zdarzenia:

A) ☐ ZWROT KOSZTÓW PONIESIONYCH W ZWIĄZKU Z UDZIELONYM AMBULATORYJNYM ŚWIADCZENIEM MEDYCZNYM

☐ wizyta u lekarza ☐ wizyta domowa ☐ przegląd stomatologiczny ☐ rehabilitacja ambulatoryjna ☐ szczepienia
☐ badania ☐ zabiegi ambulatoryjne ☐ testy alergiczne

B) ☐ ZWROT KOSZTÓW PONIESIONYCH W ZWIĄZKU Z UDZIELONYM SZPITALNYM ŚWIADCZENIEM MEDYCZNYM

Data uzyskania od Centrum Pomocy zgody na udzielenie Świadczenia Medycznego: …….

Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku ☐ TAK ☐ NIE

Data wypadku ……..

Opis okoliczności wypadku ……

Wskazówki:

Aby ułatwić Państwu proces zgłaszania szkody, poniżej przygotowaliśmy kilka wskazówek. Zastosowanie się do przedstawionych wytycznych, pozwoli nam szybciej i skuteczniej rozpatrzyć Państwa zgłoszenie.

- Faktura / rachunek powinna być wystawiona na nazwisko osoby, która skorzystała z usług medycznych.
- Podstawą refundacji jest faktura / rachunek z jednoznacznie określonymi (opisanymi) świadczeniami medycznymi, jakie zostały wykonane oraz ich ceną jednostkową.
- W przypadku badań diagnostycznych skierowanie lekarskie.
- Druk zgłoszenia o wypłatę świadczenia z tytułu refundacji kosztów leczenia wraz z dołączonym do niego oryginałem rachunku / faktury należy wysłać na adres:

Inter Partner Assistance Polska S.A. Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych
ul. Chłodna 51; 00-867 Warszawa
z dopiskiem Ubezpieczenia Zdrowotne Europa

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002736, NIP 895-10-07-276, REGON 272324625, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony w całości 37 800 000 zł

Załączniki

Liczba załączników (faktur/rachunków) ☐

1. ……..……(*numer rachunku, data wystawienia)*
2. ……..……(*numer rachunku, data wystawienia)*
3. ……..……(*numer rachunku, data wystawienia)*
4. ……...(*numer rachunku, data wystawienia)*
5. ……..……(*numer rachunku, data wystawienia)*

Oświadczenia

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
2. Upoważniam każdy zakład opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych i przedstawicieli organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji Towarzystwu Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62, oraz firmie realizującej usługi medyczne , o stanie mojego zdrowia, przebiegu mojego leczenia, koniecznych do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia.

Forma wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na:

☐ rachunek bankowy nr*:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Nazwa i nr oddziału banku:.....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:.....

☐ przekazem pocztowym na adres*:

Imię i nazwisko …….....

Ulica, nr domu.....

Kod: ☐☐-☐☐☐ ....
(miejscowość)

.....
Data i podpis Ubezpieczonego

* Można wybrać tylko jeden sposób wypłaty świadczenia

Imię i Nazwisko Ubezpieczonego ..... seria i nr dok. tożsamości.....

Miejscowość..... Data ☐☐-☐☐-☐☐☐☐, podpis .....