

## 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 leczeniaProsimy 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

TAK /  NIE **Wyrażam zgodę** na otrzymywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia przesyłanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie likwidacji roszczenia.

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](http://www.interpolska.pl).

**Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B 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 świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

### 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