

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA PULS ZDROWIA:**

- UBEZPIECZENIE REFUNDACJA KOSZTÓW,
- UBEZPIECZENIE REFUNDACJA LEKÓW,
- UBEZPIECZENIE OPIEKA STOMATOLOGICZNA

**PROSIMY DOKŁADNIE WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA ZGŁOSZENIA, USPRAWNI TO ROZPATRZENIE PAŃSTWA ZGŁOSZENIA.**

**Ubezpieczający:**

Nr polisy		okres ubezpieczenia	
Imię i nazwisko / Nazwa			
Adres zamieszkania			
PESEL / REGON			
adres e-mail		telefon kontaktowy	

**Ubezpieczony:**

Imię i nazwisko / Nazwa			
Adres zamieszkania			
PESEL / REGON			
adres e-mail		telefon kontaktowy	

**Przedstawiciel ustawowy małoletniego Ubezpieczonego**

Imię i nazwisko / Nazwa			
Adres zamieszkania			
PESEL / REGON			
adres e-mail		telefon kontaktowy	

**Rodzaj świadczenia medycznego (zaznacz właściwe):**

<input type="checkbox"/> Konsultacja lekarza POZ / specjalisty / specjalisty dziecięcego	<input type="checkbox"/> Badania laboratoryjne
<input type="checkbox"/> Konsultacja profesorska	<input type="checkbox"/> Badania radiologiczne (np. USG, RTG)
<input type="checkbox"/> Wizyty domowe	<input type="checkbox"/> Badania endoskopowe
<input type="checkbox"/> Zabiegi ambulatoryjne (np. pobranie cytologii, biopsja)	<input type="checkbox"/> Rezonans magnetyczny / Tomografia komputerowa
<input type="checkbox"/> Szczepienia	<input type="checkbox"/> Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia
<input type="checkbox"/> Prowadzenie ciąży	<input type="checkbox"/> Rehabilitacja
<input type="checkbox"/> Ambulatoryjna opieka pielęgnarska	<input type="checkbox"/> Wizyta u stomatologa
<input type="checkbox"/> Badania czynnościowe (np. EKG, EEG, EMG)	<input type="checkbox"/> Zakup leków

**Przyczyna skorzystania ze świadczenia medycznego:**

Nieszczęśliwy wypadek	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Data nieszczęśliwego wypadku	
Opis okoliczności wystąpienia nieszczęśliwego wypadku*				
Choroba	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Rozpoznanie / diagnoza:				
Okres pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem				

\* opis okoliczności wypadku należy wypełnić w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

**Wykaz załączonych rachunków / faktur VAT**

Lp.	Rodzaj świadczenia medycznego	Data wykonania świadczenia medycznego	Data skierowania na wykonanie świadczenia medycznego	Numer Rachunku / Faktury VAT	Kwota

**Oświadczenia:** ( - właściwie zaznaczyć „x”)

1. Proszę wskazać formę odbioru świadczenia:

przelew bankowy

imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego: .....

nr konta bankowego:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

przekaz pocztowy,

odbiór osobisty w dowolnym oddziale banku Pekao S.A. na terenie całego kraju.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na informowanie mnie o przebiegu procesu likwidacji szkody i dokumentach niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia oraz podjętej decyzji za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres mailowy .....

Tak

Nie

3. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej

i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.

4. Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
5. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

**Załączniki:**

Załączono dokumenty ( - właściwie zaznaczyć „x”):

- posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
- oryginały lub kopie oryginałów rachunków lub faktur za udzielone świadczenie medyczne. Rachunek lub faktura powinien zawierać: imię i nazwisko lub nazwę podmiotu udzielającego świadczenia medycznego, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), zakres wykonanych świadczeń medycznych, cenę jednostkową oraz kwotę należności ogółem, datę udzielenia świadczenia medycznego (data udzielenia świadczenia medycznego nie jest wymagana w przypadku rachunków lub faktur przedkładanych do zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia Refundacji leków) ,
- kopia skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, zabiegów ambulatoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, rehabilitacji,
- oryginał lub kopia oryginału karty informacyjnej z pobytu w szpitalu,
- inne dokumenty: .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego