

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.

I. Ubezpieczający:

Nr polisy:
Nazwa Ubezpieczającego:

II. Ubezpieczony:

Imię i nazwisko: PESEL:
Adres zamieszkania:
Adres e-mail: Telefon kontaktowy:

III. Przedstawiciel ustawowy małoletniego Ubezpieczonego:

Imię i nazwisko: PESEL:
Adres zamieszkania:
Adres e-mail: Telefon kontaktowy:

IV. Czy zgłoszenie dotyczy jednego z poniższych rodzajów świadczeń? (☐ Prosimy zaznaczyć właściwy rodzaj świadczenia **X)**

- | | |
|---|---|
| ☐ Profilaktyka zdrowotna | ☐ Leczenie niepłodności |
| ☐ Konsultacja lekarza internisty/ pediatry/ specjalisty/ specjalisty dziecięcego | ☐ Leczenie stomatologiczne |
| ☐ Konsultacja profesorska | ☐ Rehabilitacja w związku z chorobą |
| ☐ Konsultacja lekarza specjalisty z badaniem diagnostycznym, np. USG, cytologia, EKG | ☐ Rehabilitacja po nieszczęśliwym wypadku |
| ☐ Prowadzenie ciąży | ☐ Rehabilitacja dzieci do 15 roku życia po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku |
| ☐ Inne (jakie?) <input type="text"/> | |

V. Czy zgłoszenie dotyczy świadczenia medycznego powstałego w następstwie lub w związku z:

(☐ Prosimy zaznaczyć właściwy rodzaj świadczenia **X**)

- | | |
|--|--|
| ☐ Popęlnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa | ☐ Leczeniem udzielanym w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym |
| ☐ Popęlnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia | ☐ Leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych |
| ☐ Działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru | ☐ Epidemią lub pandemią |
| ☐ Uczestnictwem w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych | ☐ Leczeniem, które w opinii lekarza, nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia |
| ☐ Diagnostowaniem i leczeniem niepłodności, zaburzeń płodności, w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z postępowaniem prokreacyjnym | ☐ Wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi lub mającymi charakter dziedziczny |
| ☐ Chorobą psychiczną | ☐ Nie dotyczy żadnego z powyższych |

VI. Przyczyna skorzystania ze świadczenia medycznego (dotyczy zgłoszenia z Ubezpieczenia Refundacji Leków): (☐ Właściwe zaznaczyć **X**)

Nieszczęśliwy wypadek ☐ Tak ☐ Nie

Data nieszczęśliwego wypadku - -

Opis okoliczności wystąpienia
nieszczęśliwego wypadku*

Rozpoznanie / diagnoza:

Okres pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem od: - - do: - -

*opis okoliczności wypadku należy wypełnić w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

VII. Wykaz załączonych rachunków / faktur VAT

Lp.	Rodzaj świadczenia medycznego	Data wykonania świadczenia medycznego	Data skierowania na wykonanie świadczenia medycznego	Numer Rachunku / Faktury VAT	Kwota
1.					
2.					
3.					

VIII. Oświadczenia: (☐ Właściwe zaznaczyć **X**)

1. Proszę wskazać nr rachunku bankowego, na który nastąpi wypłata świadczenia z tyt. refundacji kosztów:

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego:

Nr konta bankowego:

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.

IX. Załączniki: Załączono dokumenty (☐ Właściwe zaznaczyć **X**)

☐ 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