

Zgłoszenie roszczenia z umowy ubezpieczenia INTER Medicus



Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres do korespondencji (Ulica / Nr domu / Nr mieszkania / Kod pocztowy / Miejscowość)

.....

Telefon

.....

Adres e-mail

.....

Informacje o czasowej niezdolności do pracy

Przyczyna czasowej niezdolności do pracy (zaznaczyć odpowiednie)

niebezpieczny wypadek

Data wypadku

Krótką charakterystyką wypadku:

.....

.....

leczenie szpitalne

Prosimy dołączyć kartę leczenia szpitalnego

leczenie ambulatoryjne

Początek niezdolności do pracy:

Diagnoza (wg klasyfikacji ICD-10):

Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek bankowy:

.....

Zgody i oświadczenia Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia, w tym zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1422), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów współpracujących na podstawie umowy, w celach związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia oraz w celach statystycznych.

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.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 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 odszkodowania lub świadczenia.

--

Miejscowość, data

--

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

Do prawidłowo wypełnionego formularza zgłoszenia roszczenia prosimy dołączyć:

- a) orzeczenie lekarskie na druku ZLA lub jeśli wystawienie na druku ZLA nie jest możliwe - inne orzeczenie lekarskie stwierdzające czasową niezdolność do pracy, długość trwania oraz jej przyczynę/diagnozę zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10,
- b) dokumenty potwierdzające wykonywanie działalności zarobkowej, tj. kopię wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub kopię kontraktu menadżerskiego,
- c) w przypadku nieszczęśliwego wypadku - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopię karty wypisu ze szpitala, kopie wyników badań diagnostycznych, opinie lekarskie i inne dokumenty stwierdzające zakres udzielonej pomocy medycznej oraz określające dokładną diagnozę (zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10), przyczynę oraz datę zajścia nieszczęśliwego wypadku,
- d) w przypadku leczenia szpitalnego - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopię karty wypisu ze szpitala z określeniem diagnozy,
- e) kopię dokumentów potwierdzających wysokość przychodu Ubezpieczonego, np. kopię książki przychodów, formularz PIT, zaświadczenie o zarobkach.

INTER Polska zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o udzielenie dodatkowych informacji koniecznych do stwierdzenia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego lub obowiązku realizacji świadczeń przez INTER Polska.

Korespondencję prosimy kierować na adres:

**TU INTER Polska S.A.
Biuro Ubezpieczeń Zdrowotnych
Al. Jerozolimskie 172
02-486 Warszawa**