

Zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów leczenia



WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

Dane Ubezpieczonego

| | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------|
| Imię/Imiona (Name/Names) | <input type="text"/> | | |
| Nazwisko (Surname) | <input type="text"/> | | |
| Nr Ubezpieczonego (karty) (card nbr) | <input type="text"/> | | |
| Data urodzenia / PESEL (Date of birth/PESEL nbr) | <input type="text"/> | | |
| Adres (address) | <input type="text"/> | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <small>ulica</small> | <small>nr domu</small> | <small>nr lokalu</small> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <small>mięscowość (city)</small> | <small>kod pocztowy (zip code)</small> | |

Wariant ubezpieczenia:

Uwaga: Proszę wpisać rodzaj posiadanego pakietu

Pakiet (Insurance package):

Rodzaj Zdarzenia

1. Koszty leczenia zgodne z rachunkiem/rachunkami (stanowiącymi załącznik/załączniki):

| Lp | Nazwa wykonanej procedury medycznej (name of medical procedure) | Data wykonania usługi (date of visit) | Rozpoznanie, kod ICD10 Diagnosis in clear text (only if possible: ICD10) | Nr faktury/ rachunku Invoice nbr | Cena procedury Price of procedure | KWOTA REFUNDACJI - Wypelnia SIGNAL IDUNA / This column is to be filled out by SI |
|----|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

Uwaga: na fakturze/rachunku lub załączniku do faktury/rachunku powinna znaleźć się informacja o udzielonym świadczeniu/świadczeniach

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

Data (date)

Podpis i pieczęćka doktora (signature of doctor)

2. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku /If there was an accident: TAK NIE

3. Data wypadku (dzień-miesiąc-rok) Date of accident:

Opis wypadku (Description of accident)

Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na mój rachunek bankowy (account nbr):

Nazwa banku:

Nr konta:

Data (date)

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia
(signature of insurer)

Wypełnia SIGNAL IDUNA/To fill out by SI:

Zgłoszenie zweryfikowane i płatność zaakceptowana/ Refund formular was checked and payment is approved.

Kwota/ Amount:

Uwagi/ Remarks:

Data (date)

Podpis pracownika SI
(signature of SI employee)