

Zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów leczenia

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Wniosek prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem zgodnie z instrukcją refundacji umieszczoną na stronie www.zdrowotne.pl

1. Dane Ubezpieczonego, którego dotyczy usługa medyczna

Imię/Imiona			
Nazwisko			
Nr karty Ubezpieczonego			
Nazwa ubezpieczającego (pracodawca)			
Data urodzenia / PESEL			
Adres			
	ulica	nr domu	nr lokalu
	miejsowość	kod pocztowy	

Czy ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? TAK NIE*

* (prosimy o wypełnienie wniosku Głównego Ubezpieczonego - Pełnomocnika ustawowego)

2. Dane głównego Ubezpieczonego (uzupełniane gdy usługa medyczna dotyczy niepełnoletniego dziecka)

Imię/Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia / PESEL			
Adres			
	ulica	nr domu	nr lokalu
	miejsowość	kod pocztowy	

3. Procedury zgłoszone do refundacji

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

Lp	Nazwa wykonanej procedury medycznej	Data wykonania usługi	Rozpoznanie, kod ICD10	Nr faktury / rachunku	Cena jednostkowa wykonanej procedury	KWOTA REFUNDACJI - Wypełnia SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.
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 zgodnie z instrukcją refundacji.

Data

Podpis i pieczęćka doktora

2. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku TAK NIE

3. Data wypadku (dzień-miesiąc-rok)

Opis wypadku:

4. Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia należy przekazać na złotówkowe konto:

Nazwisko i imię
właściciela konta

Adres do przelewu

Nr konta:

5. Oświadczenie

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie w Polsce i za granicą z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie upoważnionym przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. osobom dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie upoważnionym przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. osobom dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

6. Podpis

Data

Podpis Ubezpieczonego/gl. Ubezpieczonego

7. Wypełnia SIGNAL IDUNA

Zgłoszenie zweryfikowane i płatność zaakceptowana.

Kwota:

Uwagi:

Data

Podpis pracownika SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.