

Zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów leczenia

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

Dane Ubezpieczonego

Imię/Imiona	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Nr Ubezpieczonego (karty)	<input type="text"/>		
Data urodzenia / PESEL	<input type="text"/>		
Adres	<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"/>	
	<small>miejsowość</small>	<small>kod pocztowy</small>	

Wariant ubezpieczenia:

Uwaga: Proszę wpisać rodzaj posiadanego pakietu

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

Rodzaj Zdarzenia

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 procedury	KWOTA REFUNDACJI - Wypełnia SIGNAL IDUNA
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

Podpis i pieczęćka doktora

2. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku

TAK

NIE

3. Data wypadku (dzień-miesiąc-rok)

Opis wypadku

Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na mój rachunek bankowy:

Nazwa banku:

Nr konta:

Data

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

Wypełnia SIGNAL IDUNA:

Zgłoszenie zweryfikowane i płatność zaakceptowana.

Kwota:

Uwagi:

Data

Podpis pracownika SI