

Zgłoszenie roszczenia z umowy ubezpieczenia INTER Świadczenie Dzielne

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)

nieszczęśliwy wypadek

Data wypadku

Krótką charakterystyką wypadku:

.....

.....

Początek niezdolności do pracy:

Diagnoza (wg klasyfikacji ICD-10):

Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek bankowy:

.....

Zgody i oświadczenia Ubezpieczonego

TAK / NIE **Wyrażam zgodę** na otrzymywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia przesyłanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie likwidacji roszczenia.

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 zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B 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 świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

--

Miejscowość, data

--

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

Do prawidłowo wypełnionego formularza zgłoszenia roszczenia prosimy dołączyć:

- a) orzeczenie lekarskie na druku ZLA z podaniem przyczyny/diagnozy czasowej niezdolności do pracy zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 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 Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- b) dokumenty potwierdzające wykonywanie działalności zarobkowej, np. kopię wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
- c) 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 Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10), przyczynę oraz datę zajścia nieszczęśliwego wypadku.

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 142B
02-305 Warszawa**