

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) kopię aktualnego kontraktu lub kontraktów, w celu potwierdzenia zdolności ubezpieczeniowej
- 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) przy wypłacie świadczenia dziennego w wysokości 300 PLN dodatkowo - kopię aktualnego i wcześniejszego kontraktu lub kontraktów, które będą podstawą ustalenia przychodu Ubezpieczonego oraz dokumenty potwierdzające wysokość uzyskanego przychodu np. potwierdzenie przelewów bankowych, zaświadczenie potwierdzające realizowany kontrakt i otrzymywane z tego tytułu wypłaty

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**