Wniosek refundacyjny – zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów wykonanych świadczeń zdrowotnych

Wniosek refundacyjny wraz z dowodami poniesionych kosztów Ubezpieczony przesyła na adres:

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Rodziny Hiszpańskich 1
02-685 Warszawa
„Wydział Ubezpieczeń Zdrowotnych"

Numer polisy /

1. Dane osoby na rzecz której wykonano świadczenie zdrowotne

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Nr telefonu do kontaktu

E-mail

Adres do korespondencji

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

2. Do wniosku refundacyjnego dołączam:

1) poniższe dowody poniesionych kosztów

Lp.	Nr dowodu poniesionych kosztów	Data wystawienia dokumentu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Uwaga: Dowody poniesionych kosztów, opatrzone pieczęcią firmową zakładu opieki zdrowotnej oraz podpisem osoby upoważnionej do wystawienia dokumentów wskazujących wysokość poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczeń zdrowotnych, powinny zawierać szczegółową specyfikację uwzględniającą:
– imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone świadczenie zdrowotne;
– wskazanie lekarza specjalisty, z porady którego korzystał Ubezpieczony;
– wykaz świadczeń zdrowotnych, objętych zakresem ubezpieczenia, z których korzystał Ubezpieczony;
– datę wykonanych świadczeń zdrowotnych;
– cenę poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

2) kserokopię skierowania lekarskiego na badania (w przypadku ubiegania się o zwrot kosztów za badania)

Uwagi Klienta dotyczące przesłanych dokumentów

3. Powód refundacji

4. Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na mój rachunek bankowy:

Nazwa banku

Nr rachunku bankowego

5. Oświadczenia Klienta

Oświadczenie
Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym zgłoszeniu są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w celu rozpatrzenia roszczenia i podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.

Wniosek o korespondencję drogą e-mail
Wyrażam zgodę na to, aby TU Allianz Życie Polska S.A. kierowało do mnie korespondencję dotyczącą zgłoszonego roszczenia w formie elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail, co przyspieszy proces rozpatrywania roszczenia. ☐ Wyrażam zgodę

Klauzula informacyjna:
Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe:
a) będą przetwarzane przez TU Allianz Życie Polska S.A. (Administratora) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania;
b) nie będą nikomu udostępniane, za wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielenia informacji określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej lub jeżeli Pani/Pan wyraża na to pisemną zgodę.

Miejscowość

Data (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczonego

GRZWURZ-W04 06/17

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).