

DANE OSOBY NA RZECZ, KTÓREJ WYKONANO ŚWIADCZENIA:

nazwa Pracodawcy/Ubezpieczającego	[Redacted]																								
UBEZPIECZONY	[Redacted]																								
PESEL	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	data urodzenia	[Redacted]	[Redacted]	-	[Redacted]	[Redacted]	-	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
adres do korespondencji	[Redacted]																								
adres e-mail	[Redacted]																								
nr telefonu komórkowego	+48	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Wniosek o wypłatę świadczenia powinien być przysłany do Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w ciągu 30 dni od wykonania usługi na adres: **ul. Śląska 21, 81 – 319 Gdynia z dopiskiem „wypłata świadczenia”**

Należne świadczenie proszę przesłać na rachunek:

nazwa Banku	[Redacted]																								
nr rachunku	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Niniejszym wyrażam pisemną zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w pełnym zakresie informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, zgodnie z art. 22. Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2003 Nr 124 poz. 1151 z późn zmianami), w tym wszelkich informacji i dokumentacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych z których korzystałem od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych.

OPIS WYKONANEJ USŁUGI:

lp.	nazwa wykonanej usługi medycznej	data wykonania usługi	nazwa i adres placówki medycznej	nr faktury /rachunku	zapłacona kwota

Do wniosku dołączam oryginały faktury/rachunku o numerze/ach:
oraz kserokopie skierowania na badania (w przypadku wykonania badań diagnostycznych).

Oświadczam, że wszystkie podane dobrowolnie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego