

# Zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów leczenia

**SIGNAL IDUNA** 

SIGNAL IDUNA Życie Polska  
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

## Dane Ubezpieczonego

|  |                                  |  |                          |
|--|----------------------------------|--|--------------------------|
| Imię/Imiona (Name/Names)                         | <input type="text"/>             |  |                          |
| Nazwisko (Surname)                               | <input type="text"/>             |  |                          |
| Nr Ubezpieczonego (karty) (card nbr)             | <input type="text"/>             |  |                          |
| Data urodzenia / PESEL (Date of birth/PESEL nbr) | <input type="text"/>             |  |                          |
| Adres (address)                                  | <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"/>                   | <input type="text"/>     |
|  | <small>mięscowość (city)</small> | <small>kod pocztowy (zip code)</small> |                          |

## Wariant ubezpieczenia:

Uwaga: Proszę wpisać rodzaj posiadanego pakietu

Pakiet (Insurance package):

## Rodzaj Zdarzenia

1. Koszty leczenia zgodne z rachunkiem/rachunkami (stanowiącymi załącznik/załączniki):

| Lp | Nazwa wykonanej procedury medycznej<br>(name of medical procedure) | Data wykonania usługi<br>(date of visit) | Rozpoznanie,<br>kod ICD10<br>Diagnosis in clear<br>text (only if possible:<br>ICD10) | Nr faktury/ rachunku<br>Invoice nbr | Cena procedury<br>Price of procedure | KWOTA REFUNDACJI<br>- Wypełnia<br>SIGNAL IDUNA<br>/ This column is to be<br>filled out by SI |
|----|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 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

Data (date)

Podpis i pieczęćka doktora (signature of doctor)

2. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku /If there was an accident:  TAK  NIE

3. Data wypadku (dzień-miesiąc-rok) Date of accident:

Opis wypadku (Description of accident)

### Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na mój rachunek bankowy (account nbr):

Nazwa banku:

Nr konta:

Data (date)

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia  
(signature of insurer)

### Wypełnia SIGNAL IDUNA/To fill out by SI:

Zgłoszenie zweryfikowane i płatność zaakceptowana/ Refund formular was checked and payment is approved.

Kwota/ Amount:

Uwagi/ Remarks:

Data (date)

Podpis pracownika SI  
(signature of SI employee)