

Zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów leczenia

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ REFUNDACJI

1. Dane Ubezpieczonego, którego dotyczy usługa medyczna

Imię/ Imiona			
Nazwisko			
Nr karty Ubezpieczonego			
Nazwa ubezpieczającego (pracodawca)			
Data urodzenia / PESEL			
Adres			
	ulica	nr domu	nr lokalu
	miejsowość		kod pocztowy
E-mail			
Tel. do kontaktu			
	nr kierunkowy	nr telefonu	nr telefonu komórkowego

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub adres e-mail przekazany wcześniej lub kontakt telefoniczny.

TAK NIE

Czy ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? TAK NIE *

* (prosimy o wypełnienie wniosku przez Przedstawiciela ustawowego)

2. Dane Głównego Ubezpieczonego (uzupełniane gdy usługa medyczna dotyczy niepełnoletniego dziecka)

Imię/ Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia/ PESEL			
Adres			
	ulica	nr domu	nr lokalu
	miejsowość		kod pocztowy
E-mail			
Tel. do kontaktu			
	nr kierunkowy	nr telefonu	nr telefonu komórkowego

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub adres e-mail przekazany wcześniej lub kontakt telefoniczny.

TAK NIE

3. Procedury zgłoszone do refundacji

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

L.p.	Nazwa wykonanej procedury medycznej	Data wykonania usługi	Rozpoznanie, kod ICD10	Nr faktury / rachunku	Cena jednostkowa wykonanej procedury	KWOTA REFUNDACJI – Wypełnia SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.
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 zgodnie z instrukcją refundacji.

Data

Podpis i pieczęć lekarza

2. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku

TAK

NIE

3. Data wypadku (dzień-miesiąc-rok)

Opis wypadku:

4. Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia należy przekazać na złotówkowe konto:

Nazwisko i imię
właściciela konta

Adres do przelewu

Nr konta:

5. Oświadczenie

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować brakiem odpowiedzialności SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.
2. Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych oraz ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
3. Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, które posiadają o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz jego reasekuratorom, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku oraz wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
4. Zwalniam lekarzy leczących mnie w Polsce i za granicą z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie upoważnionym przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. osobom dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
5. Zwalniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, które posiadają o mnie informacje oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie upoważnionym przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. osobom dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Informujemy, że administratorem danych osobowych zebranych za pośrednictwem niniejszego kwestionariusza jest SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przyokopowej 31. Zebrane dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia zgłoszenia refundacji (zwrotu) kosztów leczenia, w związku z posiadaną umową ubezpieczenia. Zebrane dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, w tym reasekuratorom.

Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia powyższego zgłoszenia.

Zostałem/am poinformowany/ a, że Ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną (zwany dalej „Klientem”) może składać skargi, zażalenia i reklamacje, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).

Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:

a) pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub posłańca na adres: SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa,

b) faksem na numer: 22 50 56 101,

c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,

d) telefonicznie, pod numerem 0 801 120 120 lub 22 50 56 506,

e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA podane są na stronie internetowej spółki pod adresem: www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt) i na bieżąco aktualizowane.

Reklamacja powinna zawierać podstawowe dane kontaktowe Klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, numer umowy ubezpieczenia/polis, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA) oraz przedmiot i zakres reklamacji.

SIGNAL IDUNA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji SIGNAL IDUNA poinformuje Klienta, który złożył reklamację, o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a na wniosek Klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

6. Podpis

Data

Podpis Ubezpieczonego/ Przedstawiciela ustawowego

7. Wypełnia SIGNAL IDUNA

Zgłoszenie zweryfikowane i płatność zaakceptowana.

Kwota:

Uwagi:

Data

Podpis pracownika SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.