

WNIOSEK O ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

Z tytułu ubezpieczenia Leczenie szpitalne w Polsce

Twój Wariant Ubezpieczenia:



Minimalny



Optymalny



Premium

Twoja umowa ubezpieczenia nie obejmuje diagnostyki i leczenia schorzeń i urazów w trybie pilnym lub cito oraz leczenia stanów nagłych, ostrych. W związku z tym nie realizujemy zgłoszeń i skierowań w trybie pilnym lub cito. W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia dzwoń na 112 lub skontaktuj się ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

Przedmiot zgłoszenia:



Hospitalizacja – Planowe Leczenie Operacyjne



Szkoła rodzenia



Hospitalizacja – Planowe Leczenie Niezabiegowe



Szpitalny przegląd zdrowia (dostępny w Wariantcie Premium, jeżeli Ubezpieczony nie skorzystał z żadnego Świadczenia Medycznego w ramach ubezpieczenia Leczenia szpitalnego w Polsce przez okres ostatnich 2 lat ochrony ubezpieczeniowej)



Hospitalizacja – Poród planowy

Wyjaśniamy, że LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, Szwecja, który prowadzi działalność w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wykonuje czynności likwidacyjne w imieniu ubezpieczyciela Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie w zakresie roszczeń zgłoszonych z tytułu umowy ubezpieczenia Leczenie szpitalne w Polsce na podstawie umowy zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. a LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Wypełniony wniosek wydrukuj i podpisz. Dołącz do wniosku komplet dokumentów wymienionych w punkcie 4. Wyślij wniosek wraz z kompletem wymaganych dokumentów na adres podany w punkcie 6.

1. Dane polisy

Numer polisy/umowy Leczenie szpitalne w Polsce:

Data zawarcia umowy ubezpieczenia:

2. Dane ubezpieczonego

Imię: Nazwisko:

PESEL: Data urodzenia*:

*Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada numeru PESEL

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Miejscowość: Kod pocztowy:

LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, Szwecja, który prowadzi działalność w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wykonuje czynności likwidacyjne w imieniu ubezpieczyciela Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie w zakresie roszczeń zgłoszonych z tytułu umowy ubezpieczenia Leczenie szpitalne w Polsce na podstawie umowy zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. a LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie..

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

Nr telefonu: E-mail:

- ☐ TAK Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji związanej z wykonywaniem umowy ubezpieczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności na podany adres e-mail i numer telefonu. Dzięki wyrażeniu zgody na otrzymywanie komunikacji drogą e-mail szybciej otrzymasz decyzję w Twojej sprawie. W przypadku niewyrażenia zgody korespondencja będzie przekazywana za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
- ☐ NIE

3. Dane osoby występującej z wnioskiem (uzupełnij, jeśli nie jesteś Ubezpieczonym)

w przypadku pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika i załączenie pełnomocnictwa

Imię: Nazwisko:

Data urodzenia:

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Miejscowość: Kod pocztowy:

Nr telefonu: E-mail:

- ☐ TAK Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji związanej z wykonywaniem umowy ubezpieczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności na podany adres e-mail i numer telefonu. Dzięki wyrażeniu zgody na otrzymywanie komunikacji drogą e-mail szybciej otrzymasz decyzję w Twojej sprawie. W przypadku niewyrażenia zgody korespondencja będzie przekazywana za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
- ☐ NIE

4. Dane dotyczące zgłaszanego zdarzenia (rodzaj i przyczyna Zdarzenia ubezpieczeniowego: uzupełnij informacje w zależności od zgłaszanego przez Ciebie zdarzenia)

Hospitalizacja – Planowe Leczenie Operacyjne (zabieg planowy) oraz Hospitalizacja – Planowe Leczenie Niezabiegowe

a. Wpisz pełną treść rozpoznania ze skierowania wraz z nazwą operacji (zabiegu/nazwą procedury diagnostycznej):

b. Czy zgłaszana we wniosku choroba lub objawy/dolegliwości były obecne/wystąpiły przed zawarciem Umowy? ☐ Tak ☐ Nie

Prosimy o podanie daty wystąpienia choroby lub objawów/dolegliwości | D | D | M | M | R | R | R | R |

c. Jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, wskaż jego datę i okoliczności:

d. Podaj nazwiska i miejsca pracy lekarzy, którzy diagnozowali lub leczyli zgłaszając we wniosku chorobę lub objawy/dolegliwości, również wynikające z nieszczęśliwego wypadku:

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza/adres szpitala/ZOZ (nazwa placówki, ulica, kod pocztowy, miejscowość)

LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, Szwecja, który prowadzi działalność w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wykonuje czynności likwidacyjne w imieniu ubezpieczyciela Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie w zakresie roszczeń zgłoszonych z tytułu umowy ubezpieczenia Leczenie szpitalne w Polsce na podstawie umowy zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. a LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie..

Wymagane dokumenty:

- ☐ skierowanie wystawione przez lekarza placówki medycznej (nie starsze niż 3 miesiące)
- ☐ dokumentacja z wizyty, podczas której wystawiono ww. skierowanie (w tym potwierdzające diagnozę oraz wyniki badań)*
- ☐ dokumentacja z wizyty, podczas której zgłoszono po raz pierwszy objawy/dolegliwości związane z powodem skierowania*
- ☐ dokumentacja z wizyty, podczas której pierwszy raz zdiagnozowano chorobę/w tym również wynikająca z nieszczęśliwego wypadku* związane z powodem skierowania
- ☐ inna dokumentacja medyczna związana ze zgłaszanym Zdarzeniem ubezpieczeniowym

Podstawą do rozpatrzenia tego wniosku jest dostarczenie kompletu wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia. Dokumenty mogą być złożone w oryginale lub kopii.

*Dotyczy dokumentów z wcześniejszego leczenia ambulatoryjnego/szpitalnego/pobytów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR).

Hospitalizacja – poród planowy

Planowany termin porodu:

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Czy ciąża jest ciążą wysokiego ryzyka? ☐ Tak ☐ Nie

Wymagane dokumenty:

- ☐ karta ciąży (dotyczy porodu)
- ☐ kopia konsultacji lekarskich z okresu 3 miesięcy przed zajściem w ciążę oraz I i III trymestru ciąży (1 zapis z każdego okresu – dotyczy porodu)
- ☐ zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że ciąża nie jest wysokiego ryzyka (wystawione nie wcześniej niż w 3. trymestrze)

Podstawą do rozpatrzenia tego wniosku jest dostarczenie kompletu wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia. Dokumenty mogą być złożone w oryginale lub kopii.

Szkoła rodzenia

Planowany termin porodu:

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Czy ciąża jest ciążą wysokiego ryzyka? ☐ Tak ☐ Nie

Wymagane dokumenty:

- ☐ karta ciąży (dotyczy porodu)

Podstawą do rozpatrzenia tego wniosku jest dostarczenie kompletu wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia. Dokumenty mogą być złożone w oryginale lub kopii.

5. Oświadczenia Ubezpieczonego

Imię: Nazwisko:

- ☐ Tak
 - ☐ Nie
- Oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, Szwecja, który prowadzi działalność w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wykonuje czynności likwidacyjne w imieniu ubezpieczyciela Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie w zakresie roszczeń zgłoszonych z tytułu umowy ubezpieczenia Leczenie szpitalne w Polsce na podstawie umowy zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. a LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie..

- ☐ Tak ☐ Nie
- Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania ubezpieczycielowi Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- ☐ Tak ☐ Nie
- Wyrażam zgodę na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (dalej „Allianz”) z siedzibą w Warszawie, LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (dalej „LMG”) oraz spółce LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (dalej „LUX MED”) przez podmioty lecznicze, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, w celu realizacji mojej umowy ubezpieczenia, w tym koordynacji leczenia szpitalnego i rozliczeń, a także wyrażam zgodę na to, aby te podmioty upoważniały swój personel do dostępu do informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz pozyskiwania dokumentacji medycznej.
- ☐ Tak ☐ Nie
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Allianz, LMG oraz LUX MED mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, które samodzielnie przekazałem do tych podmiotów lub które zostały pozyskane na podstawie udzielonej przeze mnie zgody, podmiotom leczniczym, w celu udzielania mi świadczeń zdrowotnych związanych z moją umową ubezpieczenia, w tym koordynacji leczenia szpitalnego i rozliczeń.

.....

Data

.....

Podpis Ubezpieczonego

6. Gdzie mogę wysłać zgłoszenie?

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami prześlij na adres:

 roszczeniaszpitalne@luxmed.pl

albo



LMG Forsakrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
zamieszczając dopisek na kopercie „Dział Likwidacji Roszczeń”.

7. Informacja o przetwarzaniu danych

Poniżej znajdują się wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. danych osobowych w związku z zapewnieniem opieki ubezpieczeniowej w ramach realizacji zgłoszonego roszczenia.

Administratorem danych osób Ubezpieczonych, przetwarzanych na potrzeby realizacji opieki ubezpieczeniowej jest Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (dalej jako „Allianz”) z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Procesorem Allianz oraz reasekuratorem w ramach realizacji umowy ubezpieczenia jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102-51), Szwecja, Box 27093, działająca przez LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej jako „LMG”). We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Allianz można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Allianz pod adresem: iod@allianz.pl.

Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego Allianz została przekazana w ramach przystąpienia do polisy ubezpieczenia i dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: www.allianz.pl. Klauzula obowiązku informacyjnego LMG w zakresie reasekuracji dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: www.luxmed.pl w zakładce Dane Osobowe.

Dane osobowe podawane w niniejszym formularzu są niezbędne dla realizacji umowy oraz likwidacji zgłaszanego roszczenia. Wyrażenie zgód określonych w pkt. 5 jest niezbędne dla rozliczenia wykonanych usług oraz należytej koordynacji procesu leczenia zgodnie z zawartą polisą ubezpieczenia. Allianz oraz LMG lub LUX MED sp. z o.o. jako podmiot leczniczy i podwykonawca usług na podstawie upoważnienia udzielonego Allianz przez Ubezpieczonego, mogą pozyskiwać informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego od podmiotów leczniczych, z których usług on korzysta lub korzystał a także przekazywać tym podmiotom informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego w zakresie należytej koordynacji leczenia. Takie działanie może również obejmować wystąpienie przez Allianz z wnioskiem do podmiotów leczniczych prowadzących i przechowujących dokumentację medyczną Ubezpieczonego o udostępnienie LMG lub LUX MED kopii tej dokumentacji, w zakresie niezbędnym do realizacji opieki ubezpieczeniowej, co odbywa się na podstawie odpowiedniej zgody Ubezpieczonego. Allianz może także poprosić Ubezpieczonego o bezpośrednie przekazanie koniecznej do dalszego procesu leczenia dokumentacji medycznej. W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, informacje dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, jak również dokumentacja medyczna Ubezpieczonego, którą przekazał lub która pozyskana została na podstawie jego zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez LMG lub LUX MED podmiotom leczniczym, wykonującym opiekę zdrowotną w ramach umowy ubezpieczenia za pośrednictwem przydzielonego Ubezpieczonemu koordynatora wspierającego proces jego hospitalizacji i leczenia. Wycofanie niniejszych zgód uniemożliwi dalszą koordynację procesu leczenia.

LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie, Szwecja, który prowadzi działalność w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wykonuje czynności likwidacyjne w imieniu ubezpieczyciela Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie w zakresie roszczeń zgłoszonych z tytułu umowy ubezpieczenia. Leczenie szpitalne w Polsce na podstawie umowy zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. a LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie..

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro