

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA MODUŁ LECZENIE POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ ZA GRANICĄ – BEST HELP

Zgłaszający:

Nazwisko: _____ Imię: _____

PESEL: _____ Płeć: ☐ K ☐ M Data urodzenia: _____

Adres:

E-mail: _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: ____-____ Poczta: _____

Telefon: _____ Telefon komórkowy: _____

Ubezpieczony:

Nazwisko: _____ Imię: _____

PESEL: _____ Płeć: ☐ K ☐ M Data urodzenia*: _____

*W przypadku osób nieposiadających nr PESEL.

Adres:

E-mail: _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: ____-____ Poczta: _____

Telefon: _____ Telefon komórkowy: _____

Ubezpieczający (Pracodawca): _____

Data przystąpienia do Ubezpieczenia w Module BEST HELP: _____

Nr polisy: _____

Pokrewieństwo pomiędzy Zgłaszającym a Ubezpieczonym: _____

Dane dotyczące zgłoszenia roszczenia:

Proszę zaznaczyć, którego krytycznego stanu chorobowego dotyczy zgłoszenie roszczenia.

1. Nowotwór rozumiany jako:

- ☐ każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek;
- ☐ każdy rak in situ – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, w którym powstał, i nienaciekający podścieliska i tkanek otaczających;
- ☐ wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histopatologiczne zostały sklasyfikowane jako ciężka dysplazja lub dysplazja dużego stopnia;

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

2. Choroba niezwiązana z leczeniem raka, będąca przyczyną następujących zabiegów medycznych lub operacji:

- ☐ pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego; wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass) jak na przykład każdy rodzaj angioplastyki, stenty;
- ☐ operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;
- ☐ zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;
- ☐ przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płuca wątroby, płuca płuc lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;
- ☐ przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego;

Data diagnozy: _____ Preferowana pora do oddzwonienia: ☐ rano ☐ po południu ☐ wieczorem

Uwagi:

Oświadczenia:

- ☐ Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że w razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce danych osobowych o moim stanie zdrowia na potrzeby postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłaszaniem poprzez złożenie niniejszego wniosku roszczeniem.

_____ data _____ miejscowość _____ podpis Zgłaszającego/Ubezpieczonego

Gdzie wysłać wniosek

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami Ubezpieczony przesyła mailowo na adres: roszczeniaszpitalne@luxmed.pl lub pocztą tradycyjną na adres:

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
Z dopiskiem: Dział Likwidacji Roszczeń

Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych, w tym administratorze danych, podstawach prawnych przetwarzania oraz przysługujących prawach osoby, której dane dotyczą, stanowi załącznik do Umowy ubezpieczenia.