

WNIOSEK O ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU UMOWY TWOJA HOSPITALIZACJA – DIAGNOSTYKA DODATKOWA

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 5.

1. Dane polisy

Numer polisy/umowy: 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:

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



Zwrot kosztów jest ograniczony do 10 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Ubezpieczyciel zwróci koszty badań lub konsultacji lekarskich w Polsce po weryfikacji Twojego wniosku o świadczenie ubezpieczeniowe z ubezpieczenia szpitalnego Twoja Hospitalizacja – Moduł Leczenie Międzynarodowe i stwierdzeniu, że zgodnie z warunkami umowy przysługuje Ci zwrot poniesionych kosztów.

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

Diagnostyka dodatkowa – informacje o zrealizowanych badaniach diagnostycznych i związanych z nimi konsultacjami lekarskimi w Polsce

Nr faktury/imiennego rachunku	Data wykonania badania lub konsultacji lekarskiej	Nazwa badania lub konsultacji lekarskiej np. neurolog, okulista	Koszt badania lub konsultacji lekarskiej (wg faktury/rachunku)



Pamiętaj, aby dołączyć kopię faktury/imiennego rachunku za zrealizowane badania diagnostyczne lub konsultacje lekarskie. Jeżeli usługa zdrowotna wymagała skierowania, prosimy o dostarczenie kopii skierowania lub kopii dokumentacji medycznej, w której jest zapis o wystawieniu skierowania.

Dane do wypłaty:

Nr rachunku: Właściciel rachunku:

Wymagane dokumenty:

- Faktury, imienny rachunek

5. Gdzie mogę wysłać zgłoszenie?

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami prześlij na adres:



roszczeniaszpitalne@luxmed.pl

albo



W przypadku przesyłania dokumentów drogą elektroniczną dołącz skan lub zdjęcie własnoręcznie podpisanego wniosku oraz dokumentacji.

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

6. Oświadczenia Ubezpieczonego

Oświadczenia:

- Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie danych osobowych o moim stanie zdrowia na potrzeby postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłaszanym poprzez złożenie niniejszego wniosku roszczeniem.

.....
Data

.....
Miejscowość

.....
Podpis Zgłaszającego/Ubezpieczonego

7. Informacja o przetwarzaniu danych

Administratorem danych osobowych Ubezpieczonych, przetwarzanych na potrzeby realizacji opieki ubezpieczeniowej, jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102-51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych zostały wskazane w § 13 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Twoja Hospitalizacja.

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