

# WNIOSEK O ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU UMOWY TWOJA HOSPITALIZACJA – MODUŁ LECZENIE MIĘDZYNARODOWE

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

**LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.**  
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

[luxmed.pl](http://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

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

Proszę zaznaczyć, którego Poważnego stanu chorobowego dotyczy zgłoszenie roszczenia.

**1. Nowotwory (Grupa 1 według OWU):**

- Nowotwór złośliwy** – niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym.
- Szczególna postać nowotworu złośliwego** – każdy nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10/11 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie: nie reaguje na Leczenie pierwszej linii lub jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub ma nieznaną umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub jest Rzadką formą Nowotworu złośliwego.
- Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tzw. in situ** – nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego przedinwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym.
- Ciężka dysplazja nowotworowa** – przednowotworowa zmiana w budowie komórek sklasyfikowana cytologicznie lub histopatologicznie jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia).

**Wymagane dokumenty:**

- Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego

**2. Choroba niezwiązana z leczeniem nowotworu, będąca przyczyną następujących zabiegów medycznych lub operacji (Grupy 2–4 według OWU):**

- Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – to jest wszczęcia co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej.
- Operacja zastawki serca – to jest wymiany lub rekonstrukcji uszkodzonej co najmniej jednej zastawki serca.
- Operacje mózgu – to jest każdej interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.
- Operacje łagodnego guza rdzenia kręgowego – to jest każdej interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym, a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
- Przeszczep od żywego dawcy narządów – to jest operacji chirurgicznej, podczas której Ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płąt płuca, część wątroby lub część trzustki od żywego dawcy.
- Przeszczep od żywego dawcy szpiku kostnego – to jest przeszczepu komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub dawcy (przeszczep allogeniczny).

Data diagnozy: 

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

 Preferowana pora do oddzwonienia:  rano  po południu  wieczorem

**Uwagi:**

**Wymagane dokumenty:**

- Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników badań oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

## 5. Gdzie mogę wysłać zgłoszenie?

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami prześlij na adres:



[roszczeniaszpitalne@luxmed.pl](mailto: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](http://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