

Wniosek refundacyjny – zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów wykonanych świadczeń zdrowotnych

Wniosek refundacyjny wraz z dowodami poniesionych kosztów Ubezpieczony przesyła na adres:

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Rodziny Hiszpańskich 1
02-685 Warszawa
„Wydział Ubezpieczeń Zdrowotnych”

Nr polisy _____

1. Dane osoby na rzecz której wykonano świadczenie zdrowotne

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Adres do korespondencji

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ – Poczta _____ Kraj _____

2. Rodzaj zdarzenia

Lp.	Nazwa wykonanego świadczenia zdrowotnego: a) konsultacja lekarska – wpisać specjalizację lekarską, b) zlecone badania – wpisać nazwę zleconej procedury medycznej	Data wykonania usługi
1		
2		
3		
4		
5		

3. Powód refundacji

4. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania

a) Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku: Tak Nie

data wypadku (dzień-miesiąc-rok) _____

Opis wypadku

b) Czy Ubezpieczony przebywał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu: Tak Nie

c) Czy leczenie jest związane z leczeniem lub diagnostyką niepłodności: Tak Nie

d) Czy leczenie było prowadzone przez osoby bliskie należące do rodziny Ubezpieczonego: Tak Nie

5. Do wniosku refundacyjnego dołączam:

1) dowody poniesionych kosztów

Lp.	Nr dowodu poniesionych kosztów	Data wystawienia dokumentu
1		
2		
3		
4		
5		

