

## Zgłoszenie roszczenia z umowy ubezpieczenia kosztów leczenia VISION

### Dane Ubezpieczonego

Imiona

.....

Nazwisko

.....

Adres do korespondencji (Ulica/Nr domu/Nr mieszkania)

.....

Kod pocztowy

-

Miejscowość

.....

Data urodzenia

-   -

PESEL

Telefon

.....

Adres e-mail

.....

### Wariant ubezpieczenia

Wariant ubezpieczenia VISION:

BASIC

SILVER

GOLD

DIAMOND

### Rodzaj zdarzenia

1.  koszty leczenia

Prosimy dołączyć rachunek potwierdzający udzielenie świadczenia.

Liczba załączników

2.  zasiłek szpitalny

Prosimy dołączyć dokument stwierdzający pobyt w szpitalu (zgodnie z OWU § 2 pkt 3)

Liczba załączników

3.  koszty leczenia za granicą

Prosimy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego wyjazd i powrót do RP
- diagnozę choroby, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego
- oryginały rachunków (za wizyty lekarskie, transport, zakup leków, inne)
- oryginały dowodów zapłaty rachunków
- zaświadczenie lekarza o konieczności medycznej transportu powrotnego
- wyciąg z aktu zgonu

Liczba załączników

4. Czy zdarzenie powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku?  Tak  Nie

Data wypadku

-   -

Opis wypadku

.....

### Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na:

Rachunek bankowy

.....

nazwa banku

.....

nr konta

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia