

### DANE OSOBY NA RZECZ, KTÓREJ WYKONANO ŚWIADCZENIA:

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| nazwa<br>Pracodawcy/Ubezpieczającego |                |
| UBEZPIECZONY                         |                |
| PESEL                                |                |
|                                      | data urodzenia |
| adres do korespondencji              |                |
| adres e-mail                         |                |
| nr telefonu komórkowego              |                |

Wniosek o wypłatę świadczenia powinien być przysłany do Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w ciągu 30 dni od wykonania usługi na adres:  
**ul. Śląska 21, 81 – 319 Gdynia z dopiskiem „wypłata świadczenia”**

### Należne świadczenie proszę przesłać na rachunek:

|             |  |
|-------------|--|
| nazwa Banku |  |
| nr rachunku |  |

Niniejszym wyrażam pisemną zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w pełnym zakresie informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, zgodnie z art. 22. Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2003 Nr 124 poz. 1151 z późn zmianami), w tym wszelkich informacji i dokumentacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych z których korzystałem od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych.

**OPIS WYKONANEJ USŁUGI:**

| lp. | nazwa wykonanej usługi medycznej | data wykonania usługi | nazwa i adres placówki medycznej | nr faktury /rachunku | zapłacona kwota |
|-----|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |
|     |                                  |                       |                                  |                      |                 |

Do wniosku dołączam oryginały faktury/rachunku o numerze/ach: .....  
 oraz kserokopie skierowania na badania (w przypadku wykonania badań diagnostycznych).

**Oświadczam, że wszystkie podane dobrowolnie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.**

*podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego*