
3. ZAŁĄCZNIKI

Łącznie liczba załączników ____

Karta leczenia szpitalnego Dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Rachunek (oryginał) stomatologicznego leczenia protetyczne o Inne (jakie) _____

Dokumentację należy przesłać na adres:
Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group
P. Pocz. nr 3335, 40-610 Katowice

4. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Przelew na rachunek bankowy _____

Przekaz na adres _____

Data ____ - ____ - ____ miejscowość _____

czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie _____