

Wniosek o wypłatę świadczenia Compensa Zdrowie

Zasiłek szpitalny Świadczenie operacyjne Protetyka stomatologiczna po wypadku Numer polisy _____

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

I. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko _____

Adres z kodem pocztowym _____

PESEL _____ Telefon _____

e-mail _____

DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

2. ZASIŁEK SZPITALNY ŚWIADCZENIE OPERACYJNE

Pkt. 1-9 dotyczą pobytu w szpitalu / operacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
Pkt. 10-13 dotyczą pobytu w szpitalu / operacji w związku z zachorowaniem.

Okres pobytu w szpitalu od _____ do _____ Liczba dni pobytu w szpitalu ____

Lekarz wystawiający skierowanie do szpitala (imię, nazwisko, nazwa i adres placówki medycznej) _____

Czy pobyt w szpitalu był następstwem nieszczęśliwego wypadku? Nie Tak, data wypadku _____

1. Prosimy o podanie miejsca wypadku? Data, godzina, miejsce zdarzenia – adres. _____

2. Kto był sprawcą zdarzenia? _____

3. Czy byli inni uczestnicy wypadku? Prosimy o podanie danych kontaktowych. _____

4. Czy byli świadkowie wypadku? Prosimy o podanie danych kontaktowych. _____

5. Czy zdarzenie było zgłaszane na policję? Prosimy o podanie adresu Komendy Policji, załączenie notatki policyjnej. _____

6. W jaki sposób trafił Pan/Pani do szpitala? _____

7. Czy był/była Pan/Pani pod wpływem alkoholu w chwili wypadku? _____

8. Prosimy opisać szczegółowo jak doszło do wypadku? _____

9. Data udzielenia pierwszej pomocy _____

10. Nazwa schorzenia / urazu będącego przyczyną pobytu w szpitalu (diagnoza) _____

11. Data wystąpienia pierwszych objawów choroby / dolegliwości _____ 12. Krótki opis dotychczasowego leczenia _____

13. Data wystawienia skierowania _____

3. PROTETYKA STOMATOLOGICZNA PO WYPADKU

1. Prosimy o podanie miejsca wypadku? Data, godzina, miejsce zdarzenia – adres _____

2. Kto był sprawcą zdarzenia? _____
3. Czy byli inni uczestnicy wypadku? Prosimy o podanie danych kontaktowych. _____

4. Czy byli świadkowie wypadku? Prosimy o podanie danych kontaktowych. _____

5. Czy zdarzenie było zgłaszane na policję? Prosimy o podanie adresu Komendy Policji, załączenie notatki policyjnej. _____

6. W jaki sposób trafił Pan/Pani do szpitala? _____
7. Czy był/była Pan/Pani pod wpływem alkoholu w chwili wypadku? _____
8. Prosimy opisać szczegółowo jak doszło do wypadku? _____

9. Data udzielenia pierwszej pomocy ____-____-____

Braki występujące w uzębieniu przed nieszczęśliwym wypadkiem (proszę zaznaczyć brakujące zęby)

Zęby szczęki (górną)																		
Strona prawa	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	Strona lewa
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
Zęby żuchwy (dół)																		

4. ZAŁĄCZNIKI

Łącznie liczba załączników ____

- Karta leczenia szpitalnego Dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Rachunek (oryginał) stomatologicznego leczenia protetycznego Inne (jakie) _____

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

5. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

- Przelew na rachunek bankowy _____
- Przekaz na adres _____

Data ____-____-____ miejscowość _____ czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie _____