

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POLISA OPTIMA

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

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

Zgodnie z Ogólnymi warunkami Ubezpieczenia POLISA OPTIMA „wniosek o wypłatę świadczenia” powinien być przysłany do Polmed SA w ciągu 30 dni od wykonania usługi na adres:

**Polmed S.A., Os. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański z dopiskiem „POLISA OPTIMA”**

### 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. 38.1. Ustawy z dnia 10 listopada 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844), w tym wszelkich informacji i dokumentacji dotyczących stanu

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POLISA OPTIMA

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*