

Zgłoszenie roszczenia z umowy ubezpieczenia świadczenia dziennego w przypadku czasowej niezdolności do pracy INTER Medicus

Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

PESEL

Adres do korespondencji (Ulica / Nr domu / Nr mieszkania / Kod pocztowy / Miejscowość)

Telefon

Adres e-mail

Ubezpieczenie

Polisa TIM nr: _____

Dane o zatrudnieniu

Prosimy o podanie ostatnich aktualnych miejsc wykonywania zawodu, dotyczy umowy o pracę/umowy zlecenie/umowy o dzieło/indywidualnej praktyki lekarskiej (nazwa i dokładny adres) i in.

Informacje o czasowej niezdolności do pracy

Czy czasowa niezdolność do pracy jest następstwem nieszczęśliwego wypadku?

Tak

Nie

Jeśli tak, prosimy o podanie daty wypadku oraz jego krótkiej charakterystyki:

Jeśli czasowa niezdolność do pracy jest następstwem zachorowania, prosimy o podanie dokładnej diagnozy i początku niezdolności do pracy:

Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek bankowy:

.....

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

Do zgłoszenia roszczenia prosimy dołączyć:

- dokument potwierdzający wystąpienie i czas trwania czasowej niezdolności do pracy (orzeczenie lekarskie, kopia druku ZUS ZLA)
- dokumenty potwierdzające wysokość średniego miesięcznego dochodu netto (np. kopia formularza PIT)
- dokumenty potwierdzające wysokość zasiłku chorobowego wypłaconego przez ZUS

INTER Polska zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o udzielenie dodatkowych informacji koniecznych do stwierdzenia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego lub obowiązku realizacji świadczeń przez INTER Polska.

W przypadku pytań i wątpliwości zapraszamy do kontaktu z Centrum Klienta VISION, tel.: 0 801 801 082 lub: 022 333 77 33, od poniedziałku do piątku w godz. 8-18.

Korespondencję prosimy kierować na adres:

TU INTER Polska S.A.

Dział Świadczeń Zdrowotnych

Al. Jerozolimskie 172

02-486 Warszawa