

Zgłoszenie roszczenia z umowy ubezpieczenia kosztów leczenia VISION

Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

.....

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

.....

Data urodzenia

- -

PESEL

Telefon

.....

Adres e-mail

.....

Wariant ubezpieczenia

Wariant ubezpieczenia VISION:

BASIC

SILVER

GOLD

DIAMOND

Rodzaj zdarzenia

1. koszty leczenia

Prosimy dołączyć oryginały rachunków potwierdzających udzielenie świadczenia - liczba załączników

2. zasiłek szpitalny

Prosimy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego pobyt w szpitalu - liczba załączników

3. koszty leczenia za granicą

Prosimy dołączyć oryginały rachunków potwierdzających udzielenie świadczenia/dowody zapłaty - liczba załączników

Prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących podróży:

data rozpoczęcia i zakończenia podróży:

kraj podróży:

cel podróży:

4. Czy zdarzenie powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku? Tak Nie

Data wypadku - -

Opis wypadku

Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek bankowy:

.....

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia