

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

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

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

Opis wypadku _____

_____ Data udzielenia pierwszej pomocy _____

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

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

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

_____ Data wystawienia skierowania _____

3. ŚWIADCZENIE OPERACYJNE

Data przeprowadzenia operacji _____ Nazwa przeprowadzonej operacji _____

Okres pobytu w szpitalu w związku z operacją od _____ do _____

Czy przeprowadzona operacja była następstwem nieszczęśliwego wypadku? Nie Tak, data wypadku _____

Opis wypadku _____

_____ Data udzielenia pierwszej pomocy _____

Nazwa schorzenia / urazu będącego przyczyną operacji (diagnoza) _____

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

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

_____ Data wystawienia skierowania _____

