

## 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) \_\_\_\_\_

**5. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA**

Przelew na rachunek bankowy \_\_\_\_\_

Przekaz na adres \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie \_\_\_\_\_