

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY Z UBEZPIECZENIA „RECEPTA”

Proszę dokładnie i czytelnie wypełnić stosowne rubryki niniejszego formularza, a następnie przesłać na adres e-mail recepta@coris.pl, faksem na numer (22) 568 98 99, lub pocztą na adres **Coris Lex Services, ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa**.

Podstawa wystawiania recept przez Ubezpieczonego:

- umowa** upoważniająca do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom **zawarta przez Ubezpieczonego z Narodowym Funduszem Zdrowia**
- umowa** o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym Ubezpieczony jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej**, w ramach której Ubezpieczony wystawia recepty refundowane:

1. Numer polisy/certyfikatu:

2. Numer uprawnień do wykonywania zawodu:

3. Ubezpieczony (osoba wymieniona na polisie)

Imię i nazwisko: -----		
Nr PESEL: -----	Nr REGON: -----	
Ulica, nr domu (mieszkania): -----		
Miejscowość: -----	Kod pocztowy: -----	Poczta: -----
Telefon: -----	Faks: -----	E-mail: -----

4. Czy chce Pan/Pani abyśmy polecili adwokata lub radcę prawnego praktykującego w miejscu zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego bądź w miejscu zawiśnięcia sporu, specjalizującego się w danej dziedzinie prawa?

Nie Tak

5. Czy udzielono już pełnomocnictwa w niniejszej sprawie adwokatowi lub radcy prawnemu?

Nie Tak

Nazwa kancelarii: -----		
Imię i nazwisko pełnomocnika: -----		
Adres: -----		
Telefon: -----	Faks: -----	E-mail: -----

6. Z kim i o co jest spór (czy z NFZ czy z Pracodawcą)

7. Oświadczenie wiedzy Ubezpieczonego (zwięzły opis przyczyn i okoliczności zdarzenia oraz podstaw faktycznych sporu, czy do szkody doszło na skutek zaniedbania, naruszenia obowiązków lub nienależytego wykonania zobowiązania, czy roszczenie poszkodowanego jest uzasadnione, czy roszczenie zostało pokryte w części lub w całości):

Załączniki

- Kopia decyzji z NFZ i kopia Umowy z NFZ (jeżeli spór jest z NFZ)**
- Kopia roszczenia Pracodawcy i kopia Umowy o pracę/kontrakt**
-

Ja, niżej podpisana(/y) oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i posiadanym stanem wiedzy zgromadzonym zgodnie z zasadami należytej staranności. Jestem świadoma(/y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 Kodeksu Karnego. W zmiany jakichkolwiek wymienionych w formularzu okoliczności, zobowiązuje się bezzwłocznie powiadomić o tym Zakład Ubezpieczeń.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez wskazane w pkt. 1 formularza, z którym zawarto umowę ubezpieczenia Ochrony Prawnej (Administratora danych) w celu prowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej przez Panią/Pana szkody. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia i realizacji zgłoszenia szkody. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

Podpis

Miejscowość i data