

## WNIOSEK O REFUNDACJĘ

Prosimy o zaznaczenie (jednej z poniższych opcji) z jakiego tytułu ubiega się Pan/Pani o Refundację kosztów leczenia:

Z tytułu zapisów w umowie (wraz z załącznikami):

- Refundacja „Standardy Dostępności”
- Refundacja „Dyżur Stomatologiczny”

Wypełniony Wniosek wraz z kompletem dokumentów prosimy przelać na adres:

**LUX MED Sp. z o.o.**  
**ul. Łżecka 24 F**  
**02-135 Warszawa**

Z tytułu:

- Reklamacji
- Zwrot z tytułu braku usługi w placówkach w danym mieście
- Z tytułu uzyskanej zgody na zwrot kosztów
- Inny:

Z dopiskiem: Refundacja

### Potwierdzenie podjęcia próby rezerwacji terminu wizyty w LUX MED:

(prosimy podać dane o dacie i sposobie podjęcia próby rezerwacji wizyty w celu umożliwienia weryfikacji spełnienia standardów dostępności)

Miejsce kontaktu (zaznacz):

Call Center – Nr telefonu z którego nastąpił kontakt\*: \_\_\_\_\_

Portal Pacjenta

Placówka medyczna (podaj nazwę i adres) \_\_\_\_\_

Data kontaktu: \_\_\_\_\_

### Dane Ubezpieczonego, który skorzystał ze Świadczenia zdrowotnego

Nazwisko\*: \_\_\_\_\_

Imię\*: \_\_\_\_\_

PESEL\*: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon komórkowy\*: \_\_\_\_\_

E-mail\*: \_\_\_\_\_

Nazwa Firmy\* : \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji\*:

Ulica: \_\_\_\_\_

Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta: \_\_\_\_\_

### Dane osoby do kontaktu (dane rodzica lub opiekuna – w przypadku Refundacji usług wykonywanych dla dzieci do lat 18)

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Dane do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek\*:

Bank/Oddział\*: \_\_\_\_\_

Właściciel\*: \_\_\_\_\_

Nr rachunku\*: \_\_\_\_\_

\*pole obowiązkowe; w przypadku adresu e-mail lub numeru telefonu wystarczy podanie jednego z nich

**Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych:**

1. Zwrot kosztów dokonywany jest na podstawie **oryginałów faktur VAT lub rachunków** wystawionych na osobę fizyczną (osobę korzystającą ze świadczeń, a w przypadku dzieci do 18 r.ż. – na dane rodzica lub opiekuna) wraz ze specyfikacją wykonanych świadczeń zawierającą nazwę usługi, liczbę i cenę jednostkową usługi. Oryginał faktury należy dołączyć do niniejszego Wniosku. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych.**
2. W tabeli poniżej prosimy podać informację o wykonanych usługach, o których Refundację ubiegają się Państwo. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska, w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania.
3. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, których wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy ubezpieczenia, a skierowanie na świadczenie zostało wystawione przez lekarza z innej placówki niż Placówka Własna, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.
4. W przypadku usług rehabilitacyjnych wymagane jest dołączenie specyfikacji wykonanych usług z cenami jednostkowymi ilością wykonanej usługi oraz jej nazewnictwem.

I.p	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury	Kwota Refundacji (wypełnia LUX MED)
1					
2					
3					
4					
5					

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

miejsowość

\_\_\_\_\_

podpis

**Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.**

**Załączniki:**

1. Faktury: \_\_\_\_\_ – sztuk
2. Kopie skierowań: \_\_\_\_\_ – sztuk
3. Inne: \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ sztuk