



Wniosek o Refundację

Prosimy o zaznaczenie, z jakiego tytułu ubiega się Pan/Pani o refundację kosztów leczenia:

- Refundacja „Twój wybór”
- Refundacja „Standardy Dostępności”
- Refundacja „Dyżur stomatologiczny”*
- Refundacja wizyt domowych*

* dostępne wyłącznie po otrzymaniu zgody od Pracownika Dyspozytorski

Wypełniony Wniosek, wraz z kompletem dokumentów, prosimy przesłać na adres:

e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl

lub na adres pocztowy:

LUX MED Ubezpieczenia
 ul. Postępu 21C
 02-676 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja LMG

Dane Osoby Uprawnionej do Refundacji (dane Osoby, która skorzystała z usług)

Nazwisko*: Imię*:
 PESEL* Data urodzenia* (w przypadku braku nr PESEL):
 Telefon komórkowy*:

Dane osoby do kontaktu (dane rodzica lub opiekuna – w przypadku refundacji usług wykonywanych dla dzieci do 18 r.ż.)

Nazwisko: Imię:
 Telefon komórkowy:

Adres do korespondencji*:

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:
 Miejscowość: Kod pocztowy:-..... Poczta:

Potwierdzenie podjęcia próby rezerwacji terminu wizyty w LUX MED w przypadku Refundacji „Standardy Dostępności”:

Nr telefonu, z którego nastąpił kontakt z Infolinią: data kontaktu:

E-mail**:

** Podając powyższy adres mailowy wyrażam jednocześnie zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę świadczenia w formie korespondencji mailowej na ww. adres.

Dane do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek*:
 Bank/Oddział*:
 Właściciel*:
 Nr rachunku*:

* pole obowiązkowe



Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych

1. 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.
2. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy, a skierowanie na świadczenie zostało wystawione przez lekarza z innej placówki niż Placówka Własna, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.
3. Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń wynikających z warunków zawartej Umowy ubezpieczenia, które zostały wykonane wyłącznie na rzecz Uprawnionych. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych, które nie są imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze świadczenia przez Uprawnionego.**
4. Uprawniony oświadcza, że nie ubiegał się i nie będzie się ubiegał o zwrot poniesionych kosztów w ramach niniejszego wniosku z innego źródła.
5. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

Lp.	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury / rachunku
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

.....
 data

.....
 miejscowość

.....
 podpis

Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.

Załączniki:

1. Faktury/rachunki:sztuk
2. Kopie skierowań: sztuk
3. Inne:sztuk