

Wniosek o Refundację

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

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

*Uprawniony zdecydował o usłudze poza placówkami wskazanymi przez Wartę.

**Dostępne wyłącznie po otrzymaniu telefonicznej zgody na dedykowanej usłudze Infolinii.

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

E-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl

lub na adres pocztowy:

LUX MED Ubezpieczenia

ul. Postępu 21C

02-676 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja

Dedykowany numer Infolinii dla Klientów Warty **+48 223322883**

Dane osoby uprawnionej do Refundacji (dane Osoby, która skorzystała ze świadczeń objętych Refundacją):

Nazwisko*: Imię*:

PESEL*: Data urodzenia* (w przypadku braku nr PESEL):

Seria i numer dokumentu tożsamości*: Telefon komórkowy*:

Obywatelstwo*:

Kraj urodzenia* (w przypadku braku nr PESEL):

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 osoby do kontaktu (dane przedstawiciela ustawowego, 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:

Dane do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek*:

Bank/oddział*:

Właściciel*:

Nr rachunku*:

*Pole obowiązkowe.

Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych

1. **Warunkiem** rozpatrzenia „Wniosku o wypłatę refundacji” jest **dołączenie do Wniosku kopii dokumentu tożsamości**. Jest to wymóg ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w zakresie weryfikacji tożsamości klientów nieobecnych (w przypadku polskiego dowodu osobistego wystarczy kopia drugiej strony dokumentu). W przypadku realizacji usługi przez osobę niepełnoletnią, prosimy o dostarczenie kopii dokumentu tożsamości przedstawiciela ustawowego. Wypłata odbywa się po pozytywnej weryfikacji osoby uprawnionej do Refundacji. Dokument zostanie użyty tylko i wyłącznie w tym celu. Dowód osobisty zostanie wykorzystany przez LMG i Wartę w celu realizacji Wniosku o Refundację.
2. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy ubezpieczenia, 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 zgodnie z warunkami przewidzianymi przez przepisy Kodeksu Cywilnego.
6. 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.

| Nr | Nazwa świadczenia | Data wykonania świadczenia | Kwota | Nr faktury/rachunku |
|----|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

.....
Data

.....
Miejscowość

.....
Podpis

Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.

Załączniki:

1. Kopia dokumentu tożsamości:..... sztuk
2. Kopie skierowań:..... sztuk
3. Faktury/rachunki: sztuk
4. Inne:..... sztuk



luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro