



Wniosek o Refundację

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

- Z tytułu zapisów w Umowie
- Z tytułu braku usługi w placówkach w danym mieście
- Z tytułu Reklamacji:
.....
.....
.....

Wypełniony Wniosek, wraz z kompletem dokumentów, prosimy przestać 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**

Potwierdzenie podjęcia próby rezerwacji terminu wizyty w LUX MED:

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

Miejsce kontaktu (zaznacz):

- Call Center – Nr telefonu, z którego nastąpił kontakt:
- Portal Pacjenta

Data kontaktu:

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

Nazwisko*: Imię*:

PESEL*: Data urodzenia:

Telefon komórkowy*:

Nazwa Ubezpieczającego*:

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:

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

- 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, ilość i cenę jednostkową usługi. Oryginał faktury należy dołączyć do niniejszego wniosku.
Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych.
- 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.
- W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Planu), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione przez lekarza z innej placówki niż Placówka Własna, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.
- Ubezpieczyciel pokrywa wyłącznie koszty świadczeń wykonanych na rzecz Ubezpieczonych i znajdujących się w zakresie ubezpieczenia oraz w Cenniku Refundacji i Zakresie Refundacji w dniu wykonania świadczenia.
- Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów świadczeń wykonanych niezgodnie z warunkami Umowy, w tym procedur niezleconych przez Lekarza.
- W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

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

.....
 data

.....
 miejscowość

.....
 podpis

Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.

Załączniki:

- Faktury: – sztuk
- Kopie skierowań: – sztuk
- Inne: – sztuk

Załącznik do Regulaminu nr
 Status:
 dokument o ograniczonym dostępie

