

Wniosek o refundację kosztów leczenia Compensa MULTI Zdrowie

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

UBEZPIECZONY

Imię* _____ Nazwisko* _____
PESEL* _____ Data urodzenia ____-____-____ Telefon _____
E-mail: _____ Nr polisy*: ____ / _____

RODZAJ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

1. Zwrot kosztów poniesionych w związku z udzielonym ambulatoryjnym świadczeniem medycznym:*

- ☐ wizyta u lekarza ☐ wizyta domowa ☐ rehabilitacja ☐ prowadzenie ciąży
☐ szczepienie przeciw grypie ☐ badania laboratoryjne, zabiegi, diagnostyka ☐ zabiegi pielęgniarstwa

2. Rodzaj schorzenia będącego przyczyną leczenia (postawiona diagnoza / rozpoznanie / kod ICD / przyczyna badania lub konsultacji)* _____

3. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku?* ☐ Tak ☐ Nie

Data wypadku ____-____-____ Opis okoliczności wypadku: _____

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE PRAWDŁOWEGO WYPEŁNIENIA WNIOSKU O REFUNDACJĘ KOSZTÓW LECZENIA

- Podstawą refundacji jest oryginał lub skan oryginału faktury/rachunku.
- Fakturę / rachunek należy wystawić na imię i nazwisko osoby, która skorzystała z usług medycznych.
- Faktura / rachunek powinien zawierać:
 - numer PESEL/datę urodzenia lub adres zameldowania,
 - szczegółowy wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - cenę jednostkową,
 - kopię skierowania na badania oraz rehabilitację.

WNIOSEK Z ZAŁĄCZNIKAMI NALEŻY PRZESŁAĆ

– na adres: **Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych**
Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

– na adres mailowy: **refundacje@compensa.pl**

ZAŁĄCZNIKI

Liczba załączników (faktur / rachunków / skierowań) _____

1. Numer faktury / rachunku _____	Data wystawienia ____-____-____
2. Numer faktury / rachunku _____	Data wystawienia ____-____-____
3. Numer faktury / rachunku _____	Data wystawienia ____-____-____
4. Numer faktury / rachunku _____	Data wystawienia ____-____-____

SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Kwotę świadczenia proszę przesłać:

- ☐ na rachunek bankowy** _____
☐ przekazem pocztowym na adres** _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
Miejscowość _____ Kod pocztowy ____-____

Data ____-____-____

miejscowość _____

czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

* poła obowiązkowe do wypełnienia
** proszę wybrać jedną z form wypłaty świadczenia