

## Wniosek o refundację kosztów leczenia Compensa MULTI Zdrowie

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

### UBEZPIECZONY

Imię\* \_\_\_\_\_ Nazwisko\* \_\_\_\_\_  
PESEL\* \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Nr polisy \*: \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_

### RODZAJ ZDARZENIA

1.  Zwrot kosztów poniesionych w związku z udzielonym ambulatoryjnym świadczeniem medycznym
- wizyta u lekarza       wizyta domowa       rehabilitacja  
 szczepienie przeciw grypie       badania laboratoryjne, zabiegi, diagnostyka       zabiegi pielęgniarstwa
2. Rodzaj schorzenia będącego przyczyną leczenia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku?  Tak       Nie
- Data wypadku \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Opis okoliczności wypadku: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### WSKAZÓWKI

**Aby ułatwić Państwu proces zgłaszania szkody, poniżej przygotowaliśmy kilka wskazówek. Zastosowanie się do przedstawionych wytycznych, pozwoli nam szybciej i skuteczniej rozpatrzyć Państwa zgłoszenie.**

- Faktura / rachunek powinna być wystawiona na nazwisko osoby, która skorzystała z usług medycznych
- Podstawą refundacji jest oryginał faktury / rachunku z jednoznacznie określonymi (opisanymi) świadczeniami medycznymi, jakie zostały wykonane, ich ceną jednostkową oraz nazwą schorzenia a także kserokopia skierowania na badania
- Druk wniosku o refundację kosztów leczenia wraz z załącznikami należy wysłać na adres:  
**Zespół Obsługi Ubezpieczeń Zdrowotnych Compensa, ul. Domaniewska 34 a, 02-672 Warszawa**

### 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\*\* nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_  
 przekazem pocztowym na adres\*\* \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

- \* pola obowiązkowe do wypełnienia  
\*\* proszę wybrać jedną z form wypłaty świadczenia