

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

WNIOSKODAWCA (uzupełnia rodzic/opiekun prawny w przypadku gdy Ubezpieczonym jest osoba niepełnoletnia)

Imię* _____ Nazwisko* _____

Adres z kodem pocztowym* _____

PESEL _____ Data urodzenia ____-____-____ Telefon _____

E-mail _____

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 PRAWIDŁOWEGO WYPEŁNIENIA WNIOSKU O REFUNDACJĘ KOSZTÓW LECZENIA

- Podstawą refundacji jest oryginał lub skan oryginału **imiennej Faktury/Rachunku**. Uwaga: prosimy **nie załączać** paragonów.
- Fakturę / rachunek należy wystawić na imię i nazwisko osoby, która skorzystała z usług medycznych.
- Faktura / rachunek powinien zawierać:
 - numer PESEL/datę urodzenia i adres zameldowania,
 - szczegółowy wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - cenę jednostkową.
- Do wniosku należy dołączyć skierowanie na badania / rehabilitację.

WNIOSEK Z ZAŁĄCZNIKAMI NALEŻY PRZESŁAĆ

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

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

ZAŁĄCZNIKI

Liczba załączników (faktur / rachunków / skierowań)

1. Numer faktury / rachunku _____ Data wykonania usługi ____-____-____

2. Numer faktury / rachunku _____ Data wykonania usługi ____-____-____

3. Numer faktury / rachunku _____ Data wykonania usługi ____-____-____

4. Numer faktury / rachunku _____ Data wykonania usługi ____-____-____

SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Kwotę świadczenia proszę przelać:

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
(podpis WNIOSKODAWCY w imieniu osoby niepełnoletniej)

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