

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](mailto: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