

## Regulamin Refundacji „SWOBODA LECZENIA” dla Klientów LUX MED UBEZPIECZENIA

<b>Limit Refundacji</b>	<b>500 zł</b>
<b>Okres Refundacji</b>	Kwartał
<b>% refundowanych kosztów</b>	70% poniesionych kosztów, lecz maksymalnie do wysokości Limitu Refundacji

### I. Definicje

1. Poniższe terminy użyte w Regulaminie w liczbie pojedynczej lub mnogiej oznaczają odpowiednio:

**Refundacja** – zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń ambulatoryjnych udzielonych Ubezpieczonemu przez Placówkę medyczną, przy czym jedynie w zakresie Świadczeń ambulatoryjnych objętych Zakresem ubezpieczenia na zasadach i z ograniczeniami wynikającymi z niniejszego Regulaminu;

**Placówka medyczna** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania Świadczeń ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;

**Wniosek** – formularz zgłoszenia Refundacji (wniosku o Refundację) wg wzoru ustalonego przez Ubezpieczyciela; Wzór Wniosku stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu;

**Regulamin** – niniejszy dokument określający prawa i obowiązki stron w zakresie Refundacji;

**Zakres ubezpieczenia** – zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonemu z tytułu Umowy;

**Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU;

**Limit Refundacji** – maksymalna kwota zwrotu kosztów wykonanych Świadczeń ambulatoryjnych dla Ubezpieczonego przysługująca w Okresie Refundacji; w przypadku, gdy koszt Świadczeń ambulatoryjnych zgłoszonych do Refundacji w Okresie Refundacji przewyższa Limit Refundacji, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów do wysokości Limitu Refundacji z uwzględnieniem pozostałych zapisów Regulaminu;

**Okres Refundacji** – kolejne trzy miesiące Okresu ubezpieczenia.

### II. Prawo do Refundacji

- Zakres Świadczeń ambulatoryjnych podlegających Refundacji, wysokość dostępnego Limitu Refundacji oraz procent kosztów podlegających Refundacji określa Umowa.
- Prawo do skorzystania z Refundacji Ubezpieczony uzyskuje od pierwszego dnia Okresu ochrony w Module Ambulatoryjnym, jeżeli Zakres ubezpieczenia obejmuje uprawnienie do Refundacji.
- W Okresie Refundacji Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów, maksymalnie do wysokości Limitu Refundacji.
- Prawo do skorzystania ze Świadczenia ambulatoryjnego obejmującego Refundację wygasa z upływem ostatniego dnia Okresu ochrony w Module Ambulatoryjnym obejmującym swym zakresem Refundację.
- Prawo do Refundacji przysługuje w zakresie Świadczeń ambulatoryjnych znajdujących się w Zakresie ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, w ramach Umowy w dniu wykonania Świadczenia ambulatoryjnego, z uwzględnieniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikających z Umowy i OWU oraz wyłączeń wskazanych w punkcie VI niniejszego Regulaminu;

### III. Wymagania dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów

- Ubezpieczony pokrywa koszty wykonanych na jego rzecz Świadczeń ambulatoryjnych bezpośrednio w Placówce medycznej, w której te

świadczenia zostały wykonane, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej Placówce medycznej, oraz pobiera fakturę albo rachunek za wykonane Świadczenia ambulatoryjne zgodnie z Regulaminem.

- Faktura albo rachunek za wykonane na rzecz Ubezpieczonego Świadczenia ambulatoryjne powinna być wystawiona na Ubezpieczonego, a w przypadku Świadczeń ambulatoryjnych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia – na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego dziecka.
- Faktura albo rachunek, które mają stanowić podstawę do Refundacji, powinny zawierać:
  - dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane Świadczenia ambulatoryjne (co najmniej: imię, nazwisko, adres). W przypadku świadczeń wykonanych na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka, na rzecz którego wykonane zostały Świadczenia ambulatoryjne;
  - wykaz wykonanych na rzecz Ubezpieczonego Świadczeń ambulatoryjnych (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Placówkę medyczną wykonującą te świadczenia wraz z nazwą Świadczenia ambulatoryjnego; lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danego, zrealizowanego Świadczenia ambulatoryjnego;
  - ilość zrealizowanych Świadczeń ambulatoryjnych danego rodzaju;
  - datę wykonania Świadczenia ambulatoryjnego;
  - cenę jednostkową zrealizowanego Świadczenia ambulatoryjnego.
- W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń ambulatoryjnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Zakresu ubezpieczenia), Ubezpieczony powinien udokumentować otrzymanie takiego skierowania poprzez sporządzenie jego kopii i dołączenie do Wniosku.
- W przypadku braku kopii skierowania, o którym mowa w ust. 4 powyżej, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu ww. skierowania.
- Refundacja kosztów Świadczeń ambulatoryjnych z zakresu rehabilitacji jest możliwa pod warunkiem dołączenia do Wniosku kopii dokumentacji medycznej dotyczącej schorzenia będącego powodem zlecenia rehabilitacji oraz kopii skierowania, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Zakresu ubezpieczenia).
- Ubezpieczyciel odmówi Refundacji w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do wykonanych świadczeń i dokumenty te nie zostaną uzupełnione przez Ubezpieczonego w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel odmówi Refundacji na podstawie Wniosku o Refundację złożonego wraz z dokumentami, które nie będą pozwalały na ustalenie komu lub w jakim zakresie świadczenia zostały udzielone, tj.:
  - paragonu fiskalnego, który nie jest imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze Świadczenia ambulatoryjnego przez Ubezpieczonego;
  - faktury albo rachunku niezawierających danych Ubezpieczonego, na rzecz którego zostało zrealizowane Świadczenie ambulatoryjne;
  - faktury albo rachunku niezawierających wykazu wykonanych Świadczeń ambulatoryjnych lub specyfikacji, o których mowa w ust. 3 powyżej (np. zawierające jedynie ogólny opis usługi, tj. usługa medyczna), które nie pozwolą na jednoznaczne ustalenie posiadania przez Ubezpieczonego uprawnień do określonych Świadczeń ambulatoryjnych w ramach Umowy dookreślonych w Zakresie ubezpieczenia.
- W trakcie procesu rozpatrywania Wniosku o refundację Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do weryfikacji zasadności wykonanych Świadczeń ambulatoryjnych oraz zgodności ich wykonania z warunkami Umowy. W celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela może wystąpić do

Placówki medycznej, wykonującej świadczenie będące przedmiotem Refundacji, o przekazanie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej danego świadczenia.

10. W przypadku braku wyrażenia zgody Ubezpieczonego na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej Świadczenia ambulatoryjnego, jak również w przypadku stwierdzenia – na podstawie dostarczonej dokumentacji – braku podstaw do dokonania Refundacji, Ubezpieczyciel ma prawo odmowy dokonania Refundacji odpowiednio w całości albo w części, w przypadku, gdy nie pozwoli to na ustalenie prawa do Refundacji lub uprawnień wynikających z Umowy, o czym poinformuje pisemnie Ubezpieczonego.

#### **IV. Rozliczenie Refundacji**

1. Limit refundacji jest naliczany odrębnie dla każdego Okresu refundacji.
2. Świadczenie Ambulatoryjne, które zostało zrefundowane, zaliczane jest do Limitu Refundacji w danym Okresie Refundacji na podstawie daty jego wykonania.
3. Jeżeli wartość faktur dołączonych do Wniosku przekracza wysokość dostępnego w danym Okresie Refundacji Limitu Refundacji, zwrot dokonywany jest maksymalnie do wysokości pozostałego w tym Okresie Refundacji Limitu Refundacji.
4. Koszt wykonanych Świadczeń Ambulatoryjnych nie może być zaliczony na poczet przyszłych Okresów Refundacji i Limitów Refundacji.
5. Limit Refundacji niewykorzystany w danym Okresie Refundacji nie przechodzi na następny Okres Refundacji.
6. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne, będące przedmiotem Refundacji, są limitowane w ramach Umowy (Zakresu ubezpieczenia), np. co do ilości ich wykonań, limit ten liczony jest łącznie dla Świadczeń ambulatoryjnych wykonanych we wszystkich Placówkach medycznych, w tym pokrywanych w drodze Refundacji. W przypadku przekroczenia limitu na Świadczenia ambulatoryjne określonego w Umowie koszt usługi nie podlega Refundacji.
7. Warunkiem dokonania Refundacji za limitowane Świadczenia ambulatoryjne łączone (np. psychoterapia par) jest posiadanie przez wszystkich Ubezpieczonych korzystających ze Świadczeń ambulatoryjnych uprawnień do takiego Świadczenia ambulatoryjnego w ramach Umowy (Zakresu ubezpieczenia); w takim przypadku limit w odniesieniu do Świadczeń ambulatoryjnych liczony jest oddzielnie dla każdego z Ubezpieczonych.
8. Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów Świadczeń ambulatoryjnych w trybie Refundacji Ubezpieczyciel uzyska dowody na okoliczność, iż Refundacja została dokonana na podstawie informacji lub faktur albo rachunków niezgodnych ze stanem faktycznym wskazanym we Wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożenie wraz z Wnioskiem faktur albo rachunków za Świadczenia ambulatoryjne wykonane na rzecz osób trzecich) Ubezpieczycielowi przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach Refundacji wraz z odsetkami liczonymi od dnia dokonania wypłaty środków w ramach Refundacji.

#### **V. Wypłata z tytułu Refundacji**

1. Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego Wniosku o Refundację, wraz z załączonymi oryginałami faktur albo rachunków oraz pozostałymi wymaganymi dokumentami (tj. kopią skierowań lub kopią dokumentacji medycznej).
2. Wniosek wraz z kompletem dokumentów należy przesłać pocztą tradycyjną na adres:

**LUX MED Ubezpieczenia**  
**Dział Administrowania Kontraktami**  
**ul. Postępu 21 c, 02-676 Warszawa**  
**Z dopiskiem: Refundacja**

lub pocztą elektroniczną na adres: [roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl](mailto:roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl).

3. W przypadku otrzymania Wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od otrzymania Wniosku poinformuje osobę składającą Wniosek o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we Wniosku.
4. Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty otrzymania Wniosku.
5. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

#### **VI. Wyłączenie Refundacji**

1. Refundacja nie obejmuje:
  - a) Kosztów Świadczeń ambulatoryjnych nie zakupionych jako pojedyncza usługa, lecz należnych w ramach zakupionych przez Ubezpieczonego w ramach opłaty ryczałtowej usług z tytułu umów obejmujących pakiety medyczne, karty, abonamenty medyczne i inne podobne umowy, których przedmiotem jest świadczenie opieki ambulatoryjnej (udzielanie Świadczeń ambulatoryjnych) opłacanych na zasadzie ryczałtu;
  - b) Świadczeń wykonanych w placówkach niebędących podmiotem leczniczym;
  - c) Świadczeń z zakresu hospitalizacji oraz innych świadczeń wykonanych w warunkach szpitalnych wymagających pobytu Osoby Uprawnionej w oddziale szpitalnym;
  - d) Świadczeń z zakresu medycyny pracy, medycyny orzeczniczej, medycyny sportowej, badań do prawa jazdy, medycyny lotniczej, wizyt domowych;
  - e) Świadczeń z zakresu rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków opisanych pkt. III, ust. 6 Regulaminu.

#### **Załączniki:**

- Wniosek o Refundację.