



Wniosek o refundację

Prosimy o zaznaczenie, z jakiego tytułu ubiega się Pan/Pani o Refundację kosztów leczenia:

Z tytułu zapisów w Umowie:

- Refundacja „Swoboda Leczenia”
 Refundacja „Cennikowa”
 Refundacja „Moja Dostępność”
 Refundacja „Przyjazna Zmiana”
 Refundacja „Dyżur Stomatologiczny”

Wypełniony Wniosek, wraz z kompletem dokumentów, prosimy przesać na adres: e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl:

lub na adres pocztowy:

LUX MED Ubezpieczenia
Dział Obsługi Posprzedażowej Klienta
ul. Postępu 21 C
02-676 Warszawa
Z dopiskiem: Refundacja

Z tytułu reklamacji:

- Zwrot z tytułu braku usługi w placówkach w danym mieście
 Inny:

Potwierdzenie podjęcia próby rezerwacji terminu wizyty w LUX MED:

(prosimy podać dane o dacie i sposobie podjęcia próby rezerwacji wizyty w celu umożliwienia weryfikacji spełnienia standardów dostępności)

Miejsce kontaktu (zaznacz):

- Call Center – Nr telefonu, z którego nastąpił kontakt*
 Portal Pacjenta.....
 Placówka medyczna (podaj nazwę i adres).....

Data kontaktu:.....

Dane Osoby Uprawnionej do Refundacji:

Nazwisko*:..... Imię*:.....
PESEL*:..... Data urodzenia:.....
Telefon:..... Telefon komórkowy*:.....
Nazwa ubezpieczającego*:.....

Adres do korespondencji*:

Ulica:..... Nr domu:..... Nr mieszkania:.....
Miejscowość:..... Kod pocztowy:-..... Poczta:.....
E-mail*:.....

Dane osoby do kontaktu (dane rodzica lub opiekuna – w przypadku refundacji usług wykonywanych dla dzieci do lat 18 r.ż)

Nazwisko:..... Imię:.....
Telefon:..... Telefon komórkowy:.....
E-mail:.....

Dane do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek:

Bank/Oddział*:.....
Właściciel*:.....
Nr rachunku*:.....

*pole obowiązkowe

Załącznik do Regulaminu nr
Status:
dokument o ograniczonym dostępie





Dane dotyczące wykonanych świadczeń zdrowotnych:

1. Zwrot kosztów dokonywany jest na podstawie **oryginałów faktur VAT** wystawionych na osobę fizyczną (osobę korzystającą ze świadczeń, a w przypadku dzieci do 18 r.ż. – na dane rodzica lub opiekuna) wraz ze specyfikacją wykonanych świadczeń zawierającą nazwę usługi, ilość i cenę jednostkową usługi. Oryginał faktury należy dołączyć do niniejszego wniosku. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych.**
2. W tabeli poniżej prosimy podać informację o wykonanych usługach, o których refundację ubiegają się Państwo. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska, w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania.
3. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Planu), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione przez lekarza z innej placówki niż Placówka Własna, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.
4. Ubezpieczyciel pokrywa wyłącznie koszty świadczeń wykonanych na rzecz Ubezpieczonych i znajdujących się w zakresie ubezpieczenia oraz w Cenniku Refundacji i Zakresie Refundacji w dniu wykonania świadczenia.
5. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów świadczeń wykonanych niezgodnie z warunkami Umowy, w tym procedur niezleconych przez Lekarza.
6. W celu ustalenia swej odpowiedzialności, Ubezpieczyciel ma prawo wystąpić do podmiotu leczniczego, który wykonał świadczenie podlegające refundacji, z wnioskiem o przekazanie dokumentacji medycznej dotyczącej ww. świadczenia.
7. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

Lp	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury	Kwota Refundacji (wypełnia LUX MED Ubezpieczenia)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					





Oświadczenie – upoważnienie do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że upoważniam LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie do:

1. uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób udzielających świadczeń zdrowotnych;

2. dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);

bezterminowego, w zakresie świadczeń będących przedmiotem niniejszego wniosku o refundację w odniesieniu do każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku braku wyrażenia zgody na uzyskanie dostępu do dokumentacji medycznej, o której mowa w pkt 1 i 2 powyżej, LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce ma prawo odmówić zwrotu kosztów świadczeń lub odpowiednio zmniejszyć kwotę refundacji.

LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce informuje, że:

1. Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu są zbierane na zasadzie dobrowolności i będą służyć wyłącznie rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie świadczenia. Dane te są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane innym podmiotom, z wyjątkiem przypadków obowiązkowego udzielania informacji określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
2. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) Ubezpieczony/Uprawniony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
data

.....
miejsowość

.....
podpis

Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.

Załączniki:

1. Faktury:..... – sztuk
2. Kopie skierowań:..... – sztuk
3. Inne:..... – sztuk

