

WNIOSEK O REFUNDACJĘ USŁUG MEDYCZNYCH
(wykonanych poza siecią Placówek Partnerskich)
Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO „PAKIET ZDROWIA”

Numer Certyfikatu:

Dane Ubezpieczającego:

GETIN NOBLE BANK SA, ul. Domaniewska 39B, 02-675 Warszawa

Dane Ubezpieczonego, na rzecz którego wykonano Usługi medyczne:

Imię i nazwisko

Adres do korespondencji: ulica, nr domu.....

Kod: -

(miejscowość)

PESEL

Data urodzenia

d d m m r r r r

.....,
(nr telefonu)

.....
(e-mail)

Dane do wypłaty świadczenia:

Kwotę świadczenia proszę przelać na rachunek bankowy nr:

Nazwa i nr oddziału banku:.....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:.....

Ważne informacje dla Ubezpieczonego:

Wniosek o refundację wraz z oryginałami faktur / rachunków (oraz kserokopii skierowania na badania w przypadku wniosku o refundację kosztów badań diagnostycznych) powinien być przysłany w ciągu 30 dni od wykonania usługi na adres Operatora:

Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU S.A.
ul. Śląska 21, 81-319 Gdynia z dopiskiem „refundacja”

Faktura / rachunek powinna być wystawiona na nazwisko osoby, która skorzystała z Usług medycznych.

W przypadku przesłania niekompletnych danych Operator wystąpi z prośbą do Ubezpieczonego o uzupełnienie dokumentów. W takim przypadku proces wypłaty ulega zawieszeniu do czasu dostarczenia kompletnych dokumentów.

Opis Usług medycznych:

Lp.	Nazwa wykonanej Usługi medycznej:	Data wykonania usługi:	Nazwa i adres placówki medycznej	Nr faktury/ rachunku	Zapłacona kwota

Oświadczenia Ubezpieczonego:

Oświadczenia:

- Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
- Upoważniam każdy zakład opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych i przedstawiciele organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji Towarzystwu Ubezpieczeń EUROPA S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4, oraz Operatorowi – Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., o stanie mojego zdrowia, przebiegu mojego leczenia, koniecznych do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia.

miejsowość, data

podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego
Załączniki:

Do wniosku dołączam oryginały faktur/ rachunków o numerze/ach:

 oraz kserokopię skierowania na badania (w przypadku wniosku o refundację kosztów badań diagnostycznych)

miejsowość, data

podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego