

## WNIOSEK O REFUNDACJĘ 100%

1. DANE OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O REFUNDACJĘ KOSZTÓW LECZENIA						
<input type="checkbox"/> Uprawniony Główny			<input type="checkbox"/> Członek rodziny Uprawnionego Głównego *			
1.1	Nazwisko	1.2	Imię (imiona)	1.3	PESEL	
<b>Adres zamieszkania:</b>						
1.4	Miejscowość					
	Gmina/Poczta			Kod pocztowy		
	Ulica			Nr domu		Nr lokalu
Telefon kontaktowy			Adres e-mail			
1.5	Nazwa Klienta ( Firmy)	1.6	Nr Karty Pacjenta (MRN)			
2. FORMA WYPŁATY / PRZELEW BANKOWY						
(W przypadku przyznania zwrotu, kwota ta będzie obniżona o koszty wynikające z warunków Umowy i Regulaminu Refundacji)						
2.1.	Bank/Oddział					
2.2.	Nr rachunku					
3. OKOLICZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ						
3.1.	<input type="checkbox"/> Nagłe zachorowanie		<input type="checkbox"/> Planowane leczenie		<input type="checkbox"/> Brak dostępu do świadczeń w Centrum Medcover	
4.	Nazwa usługi**	Data wykonania	Kwota (cena jednostkowa wg. cennika dostawcy)	Nr faktury	Kwota refundacji (wypełnia Medcover Sp.z o.o)	
4a.	Data rozmowy z konsultantem:	Numer telefonu, z którego było realizowane połączenie				
5. Do wniosku załączam dokumenty finansowe w liczbie .....						
6. Wydatki razem .....						
7. Dane placówki, w której udzielono świadczeń zdrowotnych						
7.1	<b>Rodzaj placówki:</b>					
	<input type="checkbox"/> prywatna		<input type="checkbox"/> działająca w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej			
7.2	<b>Adres placówki:</b>					

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem refundacji kosztów leczenia Medcover Sp. z o.o. i akceptuję jego postanowienia.

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

## Upoważnienie do pozyskania przez Medicover Sp. z o.o dokumentacji medycznej

Miejscowość.....,dnia.....20...roku

Ja niżej podpisany/a

imię.....

nazwisko.....

upoważniam Medicover Sp. z o.o. z siedziba w Warszawie, Al. Jerozolimskie 96 do pozyskiwania indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/mojego małoletniego dziecka\*\*\* od lekarza, a także od podmiotów leczniczych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych

imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

w celu weryfikacji rozliczeń finansowych w Medicover Sp. z o. o., na podstawie Wniosku o Refundację kosztów leczenia mojego / mojego małoletniego dziecka.

.....  
data i czytelny podpis udzielającej pełnomocnictwa

### Uwaga!

Do wniosku należy dołączyć wszystkie rachunki wraz z dowodami zapłaty. W razie braku jednego z wymaganych dokumentów, należy liczyć się z odmową zwrotu poniesionych kosztów za dane świadczenie. Informacje o dokumentach, które należy dołączyć do wniosku znajdują się w Regulaminie Refundacji.

Wniosek wraz z dokumentami należy dostarczyć jedynym z niżej opisanych sposobów:

- 1) W formie elektronicznej - adres e-mail do przesyłania dokumentów refundacyjnych w formie elektronicznej: [refundacje.medicover@rhenus-data.pl](mailto:refundacje.medicover@rhenus-data.pl).
- 2) W formie papierowej – adres do przesyłania dokumentów refundacyjnych w formie papierowej:

**Refundacje Medicover**  
**Rhenus Data Office Polska Sp z o.o.**  
**Al. Katowicka 66**  
**05-830 Nadarzyn**

\*

Prosimy o zaznaczenie „X”, gdy osoba ubiegająca się o refundację poniesionych kosztów leczenia zgłoszona jest do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny głównego ubezpieczonego, a następnie podać dane osobowe.

\*\*

Nazwa usługi zgodne z obowiązującym w tym dniu benefit planem. ( *stanowi załącznik do Umowy*).

\*\*\*

Prosimy o wypełnienie w przypadku, gdy świadczenia medyczne dotyczyły małoletniego dziecka.