

## WNIOSEK O REFUNDACJĘ

1. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ 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	Telefon kontaktowy	
	Ulica			Nr domu	Nr lokalu
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)
<b>5. Do wniosku załączam dokumenty finansowe w liczbie .....</b>					
<b>6. Wydatki razem .....</b>					
7. Dane placówki, w której udzielono świadczeń zdrowotnych					
7.1	<b>Rodzaj placówki:</b> <input type="checkbox"/> prywatna <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> działająca w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej</span>				
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 siedzibą 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 do Medicover Sp. z o.o. pod adresem:

**Zespół Kontroli Zobowiązań  
Medicover Sp. z o.o  
Al. Jerozolimskie 96  
00-807 Warszawa**

\*

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 zgodnie z obowiązującym w tym dniu benefit planem. ( *stanowi załącznik do Umowy*).

\*\*\*

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