

# Wniosek o Refundację

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

- Refundacja „Twój wybór”\*
- Refundacja „Dyżur stomatologiczny”\*\*
- Refundacja wizyt domowych\*\*

\*Uprawniony zdecydował o usłudze poza placówkami wskazanymi przez Wartę.

\*\*Dostępne wyłącznie po otrzymaniu telefonicznej zgody na dedykowanej usłudze Infolinii.

Wypełniony Wniosek, wraz z kompletem dokumentów, prosimy przesłać na adres:

E-mail: [warta.zgloszenia.roszczenia@luxmed.pl](mailto:warta.zgloszenia.roszczenia@luxmed.pl)

lub na adres pocztowy:

LUX MED Sp. z o.o.

Departament Zarządzania Siecią Poddostawców i Refundacji  
ul. Szturmowa 2

02-678 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja Warta

Dedykowany numer Infolinii dla Klientów Warty +48 223322883

**Dane osoby uprawnionej do Refundacji** (dane Osoby, która skorzystała ze świadczeń objętych Refundacją):

Nazwisko\*: ..... Imię\*: .....  
 PESEL\*: ..... Data urodzenia\* (w przypadku braku nr PESEL): .....  
 Seria i numer dokumentu tożsamości\*: ..... Telefon komórkowy\*: .....  
 Obywatelstwo\*: .....  
 Kraj urodzenia\* (w przypadku braku nr PESEL): .....

E-mail\*\*:

\*\*Podając powyższy adres mailowy wyrażam jednocześnie zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie „Wniosku o wypłatę świadczenia” w formie korespondencji mailowej na ww. adres.

**Dane osoby do kontaktu** (dane przedstawiciela ustawowego, rodzica lub opiekuna – w przypadku Refundacji usług wykonywanych dla dzieci do 18. r.ż.):

Nazwisko: ..... Imię:.....  
 Telefon komórkowy: .....

**Adres do korespondencji\*:**

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....  
 Miejscowość: ..... Kod-pocztowy: .....-..... Poczta: .....

**Dane do wypłaty:**

Przelew bankowy na rachunek\*:

Bank/oddział\*: .....

Właściciel\*: .....

Nr rachunku\*: .....

\*Pole obowiązkowe.

**GRUPA LUXMED**  **warta.**

Jesteśmy częścią Bupa

[luxmed.pl](http://luxmed.pl)

LUX MED Sp. z o.o.  
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa  
t: 22 450 50 05, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
nr KRS: 0000265353  
NIP: 527 252 30 80  
REGON: 140723603  
Wysokość kapitału zakładowego: PLN 676 123 500,00

## Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych

- Warunkiem** rozpatrzenia „Wniosku o wypłatę Refundacji” **jest dołączenie do Wniosku kopii dokumentu tożsamości.** Jest to wymóg ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w zakresie weryfikacji tożsamości klientów nieobecnych (w przypadku polskiego dowodu osobistego należy dołączyć kopie obu stron dokumentu). W przypadku realizacji usługi przez osobę niepełnoletnią, prosimy o dostarczenie kopii dokumentu tożsamości przedstawiciela ustawowego. Wypłata odbywa się po pozytywnej weryfikacji osoby uprawnionej do Refundacji. Dokument zostanie użyty tylko i wyłącznie w tym celu. Dowód osobisty zostanie wykorzystany przez LUX MED sp. z o.o. i Wartę w celu realizacji Wniosku o Refundację.
- W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy ubezpieczenia, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.
- Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń wynikających z warunków zawartej Umowy ubezpieczenia, które zostały wykonane wyłącznie na rzecz Uprawnionych. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych, które nie są imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze świadczenia przez Uprawnionego.**
- Uprawniony oświadcza, że nie ubiegał się i nie będzie się ubiegał o zwrot poniesionych kosztów w ramach niniejszego Wniosku z innego źródła.
- W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności zgodnie z warunkami przewidzianymi przez przepisy Kodeksu Cywilnego.
- W poniższej tabeli prosimy wskazać wykonane usługi, których dotyczy Wnioski o Refundację. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska, w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania.

Nr	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury/rachunku
1				
2				
3				
4				
5				
6				

.....  
Data

.....  
Miejscowość

.....  
Podpis

**Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.**

### Załączniki:

- Kopia dokumentu tożsamości:..... sztuk
- Kopie skierowań:..... sztuk
- Faktury/rachunki: ..... sztuk
- Inne:..... sztuk

**GRUPA LUXMED**  **warta.**

Jesteśmy częścią Bupa

luxmed.pl

LUX MED Sp. z o.o.  
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa  
t: 22 450 50 05, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
nr KRS: 0000265353  
NIP: 527 252 30 80  
REGON: 140723603  
Wysokość kapitału zakładowego: PLN 676 123 500,00