

**Wniosek o refundację usług medycznych wykonanych poza siecią
Placówek Medycznych Medica Polska zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia**

DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ NA RZECZ, KTÓREJ WYKONANO ŚWIADCZENIA:

Nazwa Pracodawcy/ Ubezpieczającego																				
Imię i nazwisko:																				
PESEL:												Data urodzenia:	d	d	m	m	r	r	r	r
Adres do korespondencji:																				
e-mail:																				
nr telefonu komórkowego:																				

Wniosek o refundację powinien być przysłany do Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU SA w ciągu 30 dni od wykonania usługi, na adres ul. Śląska 21, 81-319 Gdynia, Biuro Handlowe: ul. Piłsudskiego 10, 81-319 Gdynia, tel. 58 627 59 90, fax 58 627 59 95, 24h Infolinia Medyczna 801 600 999, www.medicapolska.pl z dopiskiem „refundacja”

Kwotę refundacji proszę przesłać na rachunek:

Nazwa Banku:																				
Nr Rachunku:																				

Upoważniam Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne Towarzystwo Ubezpieczeń SA do zasięgania, zgodnie z obowiązującym prawem, wszelkich informacji dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych.

miejsowość, data

Podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego

**Wniosek o refundację usług medycznych wykonanych poza siecią
Placówek Medycznych Medica Polska zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia**

OPIS USŁUGI:

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

**Do wniosku dołączam oryginały faktury/rachunku o numerze/ach:
oraz xero skierowania na badania (w przypadku wniosku o refundację kosztów badań diagnostycznych)**

Oświadczam, że wszystkie podane dobrowolnie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego