

## Regulamin Zwrotu Kosztów

Aby przejść do odpowiedniego Regulaminu proszę wybrać jeden z poniższych odnośników:

Dla klientów **LUX MED Sp. z o.o.**:



Dla ubezpieczonych w **LUX MED Ubezpieczenia TUiR S.A.**:



# REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW

## dla Klientów LUX MED Sp. z o.o.

### 1. Definicje

- 1.1. Wyrażenia pisane wielką literą, które nie zostały odrębnie zdefiniowane w niniejszym Regulaminie posiadają znaczenia nadane im w Umowie w tym w Ogólnych Warunkach Udzielania Świadczeń Zdrowotnych/Warunkach Udzielania Świadczeń Zdrowotnych stanowiących załącznik do Umowy („OWU”).
- 1.2. **Zgoda na zwrot kosztów** – deklaracja LUX MED Zwrotu kosztów Osobie Uprawnionej.
- 1.3. **Zwrot kosztów** – zwrot poniesionych przez lub na rzecz Osoby Uprawnionej kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych Osobie Uprawnionej przez podmiot leczniczy na podstawie uzyskanej Zgody na zwrot kosztów.
- 1.4. **Wniosek/Wniosek o zwrot kosztów** – formularz / dokument w formie papierowej bądź elektronicznej, który Osoba Uprawniona wypełnia celem uzyskania zwrotu kosztów.
- 1.5. **Regulamin** – niniejszy dokument określający prawa i obowiązki Osoby Uprawnionej i LUX MED w zakresie zwrotów kosztów.
- 1.6. **Umowa** – umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta z LUX MED na podstawie, której osoba ubiegająca się o Zwrot Kosztów posiada prawo do uzyskiwania Świadczeń zdrowotnych.
- 1.7. **Cennik LUX MED** - cennik obowiązujący w najbliższej zlokalizowanej Placówce Własnej LUX MED w stosunku do placówki udzielającej Świadczenia zdrowotnego w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń Świadczenie zdrowotne zrealizowane na rzecz Osoby Uprawnionej. Aktualny cennik dostępny na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl).

### 2. Prawo do zwrotu kosztów

- 2.1. Aby móc ubiegać się o Zwrot kosztów w ramach Regulaminu niezbędne jest uzyskanie Zgody na zwrot kosztów przed skorzystaniem ze Świadczenia zdrowotnego.
- 2.2. Zgoda na zwrot kosztów jest udzielana na poniższych zasadach:
  - a) jest udzielana na zrealizowanie Świadczenia zdrowotnego będącego w zakresie Świadczeń zdrowotnych przysługujących Osobie Uprawnionej w ramach Umowy i określonych w Benefitplanie/Pakiecie, na dzień realizacji Świadczenia zdrowotnego z uwzględnieniem warunków wykonania usług (w tym limitów oraz konieczności posiadania stosownych skierowań), a także wyłączeń wynikających z Umowy i OWU oraz wyłączeń wskazanych w punkcie 7 Regulaminu;
  - b) Zgoda na zwrot kosztów jest jednorazowa, terminowa (czas na jej realizację wynosi 14 dni kalendarzowych od dnia jej wydania);
  - c) dotyczy konkretnego Świadczenia zdrowotnego wykonywanego w podmiotach leczniczych w warunkach ambulatoryjnych;
  - d) jest ograniczona terytorialnie – Świadczenie zdrowotne na jej podstawie można wykonać wyłącznie na obszarze wskazanego w Zgodzie na zwrot kosztów miasta;
  - e) Zgodę na zwrot kosztów Osoba Uprawniona uzyska podczas kontaktu z Call Center, Recepcją LUX MED bądź indywidualnym opiekunem ze strony LUX MED, w sytuacji, gdy zostaną wyczerpane przez LUX MED wszelkie organizacyjne możliwości udzielenia Świadczenia zdrowotnego w Placówkach własnych LUX MED bądź w Placówkach współpracujących z LUX MED;
  - f) Zgoda na zwrot kosztów może być ograniczona do określonej maksymalnej kwoty zwrotu.

### 3. Wymagania dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów

- 3.1. Po uzyskaniu Zgody na zwrot kosztów, działając w zakresie i na zasadach uzyskanej zgody, Osoba Uprawniona zwraca się do podmiotu leczniczego o udzielenie Świadczenia zdrowotnego i samodzielnie, na rzecz podmiotu leczniczego udzielającego tego świadczenia, pokrywa koszty jego wykonania, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tym podmiocie leczniczym, na dowód czego uzyskuje fakturę albo rachunek za wykonane Świadczenie zdrowotne - paragony fiskalne nie będą akceptowane, bowiem nie zawierają danych niezbędnych do ich weryfikacji.
- 3.2. Na fakturze jako nabywca Świadczenia zdrowotnego powinna być wskazana Osoba uprawniona do Zwrotu kosztów, a w przypadku Świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia - opiekun faktyczny lub przedstawiciela ustawowy dziecka.
- 3.3. Faktura albo rachunek powinny zawierać:
  - a) dane Osoby Uprawnionej, której udzielono Zgody na zwrot, na rzecz której zostały wykonane Świadczenia zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres zamieszkania). W przypadku świadczeń wykonywanych na rzecz Osoby Uprawnionej będącej osobą poniżej 18 roku

życia, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury powinny znaleźć się dane dziecka na rzecz, którego wykonane zostały Świadczenia zdrowotne;

- b) wykaz wykonanych na rzecz Osoby Uprawnionej ubiegającej się o Zwrot kosztów Świadczeń zdrowotnych stanowiący treść faktury lub rachunku albo załącznik do faktury lub rachunku w postaci specyfikacji wraz z nazwą udzielonych Świadczeń zdrowotnych;
- c) ilość zrealizowanych Świadczeń zdrowotnych danego rodzaju;
- d) datę wykonania Świadczenia zdrowotnego;
- e) cenę jednostkową każdego zrealizowanego Świadczenia zdrowotnego.

3.4. W przypadku Świadczeń zdrowotnych, co do których zgodnie z Benefitplanem/Pakiem istnieje wymóg posiadania skierowania, a skierowanie na świadczenie zostało wystawione poza Placówką własną LUX MED, w związku z wymogiem wynikającym z Umowy (Benefitplanu/Pakietu), dotyczącym placówki wystawiającej skierowanie, Osoba Uprawniona powinna udokumentować otrzymanie takiego skierowania poprzez:

- a) w przypadku przesyłania Wniosku oraz faktury w formie papierowej – sporządzenie jego kopii i dołączenie do Wniosku,
- b) w przypadku przesyłania Wniosku oraz faktury w całości za pośrednictwem Portalu Pacjenta lub dedykowanego adresu email – dołączenie skanu skierowania.

3.5. W przypadku braku kopii skierowania, o którym mowa w ust. 3.4 powyżej, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej ubiegającej się o Zwrot kosztów zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu w/w skierowania. Sposób przekazania kopii dokumentacji medycznej jest analogiczny jak w punkcie 3.4 dotyczącym kopii skierowań.

3.6. Zwrot kosztów nie zostanie dokonany w przypadku, gdy Osoba uprawniona nie prześle kompletu wymaganych dokumentów lub gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie nazw poszczególnych zrealizowanych Świadczeń zdrowotnych lub nie będą pozwalały na ustalenie osoby, na rzecz której zostały one wykonane.

- a) Zwrot kosztów nie zostanie dokonany na podstawie paragonu fiskalnego, który nie jest imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze Świadczenia zdrowotnego przez Osobę Uprawnioną;
- b) Zwrot kosztów nie zostanie dokonany na podstawie faktury albo rachunku, który:
  - nie będzie zawierał wykazu wykonanych Świadczeń zdrowotnych lub specyfikacji,
  - który nie pozwala na jednoznaczne ustalenie rodzaju Świadczenia zdrowotnego udzielonego Osobie Uprawnionej ubiegającej się o Zwrot kosztów (na przykład, ale nie wyłącznie, będzie opatrzony jedynie ogólnym opisem usługi „usługa medyczna”, „zabiegi rehabilitacyjne”, „usługa stomatologiczna” itp.).

#### 4. Możliwe ścieżki złożenia Wniosku o Zwrot kosztów

4.1. LUX MED udostępni Osobie Uprawnionej ubiegającej się o Zwrot kosztów poniższe ścieżki złożenia Wniosku:

- a) **w formie papierowej** – Osoba Uprawniona ubiegająca się o Zwrot kosztów wypełnia Wniosek składając na nim odręczny podpis, dołącza oryginał faktury oraz ewentualne kserokopie skierowań i przesyła komplet dokumentów pocztą na adres: LUX MED Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 94, 00807 Warszawa z dopiskiem: „ZWROT KOSZTÓW”;
- b) **w formie elektronicznej** – Osoba Uprawniona ubiegająca się o Zwrot kosztów wypełnia i przesyła Wniosek, a także załącza skan lub zdjęcie faktury oraz ewentualne skany skierowań za pośrednictwem Portalu Pacjenta. Osoba Uprawniona przyjmuje do wiadomości i zgadza się, że wybierając elektroniczną ścieżkę złożenia Wniosku o Zwrot Kosztów, LUX MED będzie kontaktował się z nią w sprawie rozpatrzenia Wniosku drogą elektroniczną tj. poprzez korespondencję mailową pod adresem email wskazanym na wniosku. W przypadku gdyby Osoba Uprawniona, składając wniosek o Zwrot Kosztów za pośrednictwem Portalu Pacjenta, chciała otrzymywać korespondencję drogą tradycyjną (w formie papierowej), konieczne jest uprzednie przekazanie takiej informacji do LUX MED poprzez dołączenie do wniosku stosownego oświadczenia (zgodnie z Formularzem nr 2) lub przekazanie takiej informacji do LUX MED na dedykowany adres email: [zwroty.kosztow@luxmed.pl](mailto:zwroty.kosztow@luxmed.pl). W przypadku braku przekazania takiej dyspozycji przez Osobę Uprawnioną, obowiązującą formą komunikacji w sprawie rozpatrzenia Wniosku o Zwrot kosztów będzie korespondencja mailowa

4.2. Wymagania dotyczące dokumentów (faktury bądź skierowań) wysyłanych w formie elektronicznej:

- a) dokument może zostać przesłany jedynie w formacie pdf, jpg, JPEG, PNG,
- b) do jednego Wniosku można załączyć maksymalnie 5 plików,
- c) rozmiar wszystkich przesłanych dokumentów nie może przekroczyć 40 MB,
- d) skan bądź zdjęcie dokumentu musi obejmować cały dokument, (żadna część obrazu dokumentu nie może być „ucięta”),
- e) skan lub zdjęcie dokumentu ma zawierać wyłącznie obraz faktury lub skierowania,
- f) obraz dokumentu musi być czytelny i identyczny z wersją papierową, niedopuszczalne jest dokonywanie jakiegokolwiek zmian lub ingerencji w obraz dokumentu.

4.3. **Osoba Uprawniona zobowiązana jest do przechowywania oryginałów dokumentów przesłanych w formie skanu lub zdjęcia, a stanowiących podstawę Zwrotu kosztów, do czasu otrzymania zwrotu środków pieniężnych od LUX MED.**

4.4. Składając Wniosek wraz z fakturą lub rachunkiem i pozostałą dokumentacją drogą elektroniczną, Osoba Uprawniona oświadcza

i zapewnia, że przesyłane skany lub zdjęcia dokumentów są dokładnym odwzorowaniem oryginału, przesyłane dokumenty nie były w żaden sposób modyfikowane, jak również, że jest to pierwszy i jedyny raz, gdy Osoba Uprawniona występuje o Zwrot kosztów na podstawie tych konkretnych dokumentów. LUX MED zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przesyłanych drogą elektroniczną poprzez zobowiązanie Osoby Uprawnionej do przesłania ich oryginałów. Brak wypełnienia zobowiązania, o którym mowa powyżej lub stwierdzenie przez LUX MED sfałszowania dokumentu będącego podstawą Wniosku o zwrot kosztów lub ingerencji w przesłany obraz dokumentu będzie wiązać się z odmową Zwrotu kosztów, a w przypadku już wypłaconych środków do żądania ich zwrotu.

- 4.5. W przypadku gdy skan lub zdjęcie przesłanego dokumentu będzie budzić wątpliwości co do jego czytelności, autentyczności lub integralności, LUX MED zastrzega sobie prawo do zwrócenia się z żądaniem do Osoby Uprawnionej ubiegającej się o Zwrot kosztów o przesłanie drogą mailową ponownie zobrazowanego dokumentu, a w szczególnych sytuacjach również o doręczenie oryginału dokumentu, co do którego obrazu zaistniały wątpliwości, odmowa dostarczenia dokumentu w opisany powyżej sposób lub stwierdzenie przez LUX MED sfałszowania dokumentu będącego podstawą Wniosku o zwrot kosztów lub ingerencji w przesłany obraz dokumentu, będzie wiązać się z odmową Zwrotu kosztów lub żądaniem zwrotu wypłaconych środków tytułem Zwrotu kosztów.
- 4.6. W przypadku wysyłania Wniosku o zwrot kosztów, faktury, skierowania czy też jakiegokolwiek innej dokumentacji zawierającej dane osobowe na wskazany przez LUX MED adres email, Osoba Uprawniona powinna należycie zabezpieczyć przekazywane załączniki. Poniżej LUX MED wskazuje swoje rekomendacje w tym zakresie:
- a) plik powinien zostać zaszyfrowany za pomocą programu kompresującego: 7zip albo WinRAR,
  - b) podczas tworzenia pliku należy utworzyć hasło (klucz kryptograficzny) zabezpieczający ten plik. Hasło powinno składać się z co najmniej 8 znaków, dużych i małych liter oraz cyfr i znaków specjalnych (jak np. &\*#@),
  - c) hasło (klucz kryptograficzny), które służy do odszyfrowania tego pliku, powinno zostać przekazane do LUX MED innym kanałem komunikacji, tj. na numer telefonu podany Osobie Uprawnionej po przesłaniu Wniosku.

## 5. Rozliczenie Zwrotu kosztów

- 5.1. W przypadku gdy przedmiotem Zwrotu kosztów będzie wykonanie Świadczeń zdrowotnych, odpowiadających Świadczeniom zdrowotnym, których wykonanie zgodnie z Umową (Benefitplanem/Pakiem) wiąże się z procentowym lub kwotowym udziałem własnym Osoby Uprawnionej (np. dopłata do usługi, rabat wynikające z Benefitplanu/Pakietu), Zwrot kosztów zostanie pomniejszony o odpowiednią kwotę wynikającą z udziału własnego Osoby Uprawnionej.
- 5.2. Jeżeli Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Zwrotu kosztów w ramach Umowy (Benefitplanu/Pakietu) są Świadczeniami zdrowotnymi limitowanymi np. co do ilości ich wykonania - limit ten liczony jest łącznie dla Świadczeń zdrowotnych wykonanych w Placówkach własnych, Placówkach współpracujących oraz w innych podmiotach leczniczych, które są rozliczane w drodze Refundacji lub Zwrotu kosztów. W przypadku gdy po uzyskaniu Zgody na zwrot kosztów a przed rozliczeniem Zwrotu kosztów Osoba Uprawniona osiągnie limit na Świadczenia zdrowotne określony w Umowie (Benefitplanie/Pakiecie), koszt Świadczenia zdrowotnego którego limit został osiągnięty nie podlega Zwrotowi kosztów.
- 5.3. Jeżeli Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Zwrotu kosztów w ramach Umowy (Benefitplanu/Pakietu) są Świadczeniami Zdrowotnymi limitowanymi łącznie (świadczenia grupowe obejmujące poza Osobą Uprawnioną ubiegającą się o Zwrot kosztów co najmniej jedną inną osobę, np. psychoterapia par, terapiagrupowa) warunkiem Zwrotu kosztów za te świadczenia jest posiadanie przez wszystkie Osoby Uprawnione korzystające ze Świadczeń zdrowotnych uprawnień do takich Świadczeń zdrowotnych w ramach Umowy (Benefitplanu/Pakietu); w takim przypadku limit co do ilości ich wykonania w odniesieniu liczony jest oddzielnie dla każdej z Osób Uprawnionych korzystających z takich Świadczeń zdrowotnych.
- 5.4. W przypadku, gdy przesłana przez Osobę Uprawnioną ubiegającą się o Zwrot kosztów dokumentacja lub Wniosek, które mają być podstawą Zwrotu kosztów nie dają podstawy do ustalenia wysokości poniesionych kosztów Świadczenia zdrowotnego lub budzą uzasadnione wątpliwości co do wysokości poniesionych kosztów Świadczenia zdrowotnego, zasadności jego wykonania lub tożsamości osoby na rzecz której wykonano świadczenie, LUX MED ma prawo uzależnić dokonanie Zwrotu kosztów od dostarczenia przez Osobę Uprawnioną dodatkowych dokumentów, które pozwolą usunąć uzasadnione wątpliwości lub pozwolą ustalić faktyczną wysokość Zwrotu kosztów. W tym celu Osoba Uprawniona ubiegająca się o Zwrot kosztów upoważni LUX MED do wystąpienia do podmiotu leczniczego, który zrealizował Świadczenie zdrowotne o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie świadczenia objętego Wnioskiem, zgodnie z Formularzem nr 1 lub w przypadku braku udzielania takiego upoważnienia Osoba Uprawniona zobowiązana będzie do samodzielnego dostarczenia poświadczonej kopii takiej dokumentacji.
- 5.5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej Świadczenia zdrowotnego lub braku przedłożenia poświadczonej kopii tej dokumentacji samodzielnie przez Osobę Uprawnioną ubiegającą się o Zwrot kosztów, o czym mowa w ust. 5.4 zd. 2 powyżej, jak również w przypadku stwierdzenia, na podstawie dokumentacji dostarczonej w trybie określonym w ust. 5.4 zd. 2 powyżej, braku podstaw do dokonania Zwrotu kosztów, LUX MED ma prawo odmowy dokonania Zwrotu kosztów odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie lub mailowo Osobę Uprawnioną ubiegającą się o Zwrot kosztów.
- 5.6. LUX MED dokonuje zwrotu kosztów za Świadczenia zdrowotne w wysokości wskazanej w Zgodzie na zwrot kosztów. W przypadku gdy Zgoda na zwrot kosztów nie wskazuje limitu kwotowego takiego zwrotu, LUX MED dokonuje zwrotu w wysokości równej cenie takiego świadczenia w podmiocie leczniczym, w którym zostało ono wykonane, ale nie wyższej niż cena tego świadczenia określona w Cenniku LUX MED. Jeżeli koszt wykonanego Świadczenia zdrowotnego przewyższa cenę takiego świadczenia z Cennika LUX MED, LUX MED może dokonać Zwrotu kosztów w wysokości przekraczającej cenę tego świadczenia z Cennika LUX MED, o ile Osoba Uprawniona

ubiegająca się o Zwrot kosztów wykáže, iż poniesione koszty były racjonalne i niezbędne do realizacji danej procedury medycznej i postawienia diagnozy oraz spełniały pozostałe, wskazane w Regulaminie, wymagania, w tym mieściły się w zakresie danego Benefitplanu/Pakietu.

- 5.7. Jeżeli po dokonaniu Zwrotu kosztów LUX MED uzyska dowody na okoliczność, iż Zwrot kosztów został dokonany na podstawie nieprawdziwych informacji, sfałszowanych lub przerobionych faktur albo rachunków, bądź na podstawie poświadczających nieprawdę dokumentach dołączonych do Wniosku (np. faktur albo rachunków za Świadczenia zdrowotne wykonane na rzecz osób trzecich), LUX MED przysługuje prawo do żądania zwrotu wypłaconych nienależnie kwot w ramach Zwrotu kosztów. W tym celu LUX MED będzie uprawniony do wezwania Osoby Uprawnionej ubiegającej się o Zwrot kosztów do zwrotu nienależnie uzyskanego Zwrotu kosztów wyznaczając jej 7-dniowy termin na zwrot, wraz z odsetkami liczonymi od dnia dokonania wypłaty środków w ramach Zwrotu Kosztów do dnia zapłaty.

## 6. Wypłata z tytułu Zwrotu Kosztów

- 6.1. Wypłata świadczenia z tytułu Zwrotu kosztów dokonywana jest na podstawie złożonego przez Osobę Uprawnioną Wniosku o zwrot kosztów wraz z załączonymi fakturami albo rachunkami, a także kopiami skierowań przesłanych w terminie do 3 miesięcy od daty wykonania Świadczenia zdrowotnego na które Osoba Uprawniona uzyskała Zgodę na zwrot kosztów.
- 6.2. W przypadku otrzymania Wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje Osobę Uprawnioną ubiegającą się o Zwrot kosztów o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we Wniosku.
- 6.3. LUX MED dokona zwrotu kosztów na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie 30 dni od daty doręczenia kompletnego Wniosku.

## 7. Wyłączenia Zwrotów Kosztów

- 7.1. Zwrot Kosztów nie obejmuje:

- a) kosztów Świadczeń zdrowotnych niezakupionych jako pojedyncza usługa lub jako abonament (pakiet medyczny), lecz należnych w ramach przysługujących Osobie Uprawnionej w ramach umowy na pakiet (zestaw) badań lub usług z wynagrodzeniem ryczałtowym;
  - b) świadczeń z zakresu hospitalizacji oraz innych świadczeń wykonanych w warunkach szpitalnych wymagających pobytu Osoby Uprawnionej w szpitalu;
  - c) świadczeń z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetologii;
  - d) świadczeń z zakresu medycyny pracy, medycyny orzeczniczej, medycyny sportowej, badań do prawa jazdy, medycyny lotniczej;
  - e) Świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy Wniosek lub faktura albo rachunek będący podstawą Zwrotu kosztów zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania Świadczenia zdrowotnego którego dotyczyła Zgoda na zwrot kosztów. Złożenie Wniosku wstrzymuje bieg terminu, o którym mowa powyżej.
- 7.2. Jeżeli Wniosek nie może otrzymać prawidłowego biegu wskutek niezachowania warunków formalnych LUX MED wezwie Osobę Uprawnioną ubiegającą się o Zwrot kosztów, pod rygorem nierozpoznania Wniosku, do poprawienia lub uzupełnienia go w terminie tygodniowym. Po bezskutecznym upływie terminu LUX MED pozostawia Wniosek bez rozpoznania. Pismo pozostawione bez rozpoznania nie wywołuje żadnych skutków, jakie Regulamin wiąże ze złożeniem Wniosku. Wniosek poprawiony lub uzupełniony w terminie wywołuje skutki od chwili jego wniesienia.

## 8. Dane osobowe

- 8.1. Administratorem danych osobowych w ramach procesu Zwrotu Kosztów jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02678), ul. Szturmowej 2 (dalej jako: „LUX MED”), zgodnie z art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej: Rozporządzenie”. Dane Osób Uprawnionych (a gdy świadczenia zdrowotne objęte Wnioskiem o zwrot Kosztów realizowane są na rzecz dzieci do 18 r.ż. – także dane osobowe opiekunów faktycznych lub przedstawicieli ustawowych) przetwarzane są w ramach realizacji zgłoszenia oraz prowadzenia procesu Zwrotu Kosztów.
- 8.2. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych każda z Osób Uprawnionych może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem adresu email: daneosobowe@luxmed.pl.
- 8.3. W ramach procesu Zwrotu Kosztów, LUX MED będzie przetwarzała dane osobowe Osób Uprawnionych w zakresie tzw. danych zwykłych obejmujących m.in. dane niezbędne do prawidłowej identyfikacji Osoby Uprawnionej, jak również danych osobowych szczególnej kategorii - danych osobowych dotyczących zdrowia. Dane osobowe będą przetwarzane przez LUX MED w zakresie wynikającym z Wniosku o zwrot Kosztów i przekazanych załączników (takich jak np. faktury) i będą obejmować m.in. imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL (lub datę urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL), adres email, numer telefonu, dane dotyczące rachunku bankowego. W odniesieniu do danych osobowych szczególnej kategorii, tj. danych dotyczących zdrowia, LUX MED będzie przetwarzała informacje o zrealizowanych przez Osobę Uprawnioną świadczeniach zdrowotnych (wykaz

świadczeń zdrowotnych, data ich wykonania, liczba). W przypadkach określonych w niniejszym regulaminie, LUX MED będzie również przetwarzała dane osobowe wskazane na stosownych skierowaniach (obejmujące dane o stanie zdrowia Osoby Uprawnionej). Jeżeli będzie to niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia procesu Zwrotu Kosztów i dokonania stosownych rozliczeń, pod warunkiem udzielenia przez Osobę Uprawnioną stosownego upoważnienia do pozyskania przez LUX MED dokumentacji medycznej lub przekazania przez Osobę Uprawnioną takiej dokumentacji medycznej do LUX MED, LUX MED może również przetwarzać dane osobowe Osoby Uprawnionej zawarte w dokumentacji medycznej wytworzonej w ramach korzystania przez Osobę Uprawnioną ze świadczeń zdrowotnych, które Osoba Uprawniona wskazała we Wniosku o zwrot Kosztów. LUX MED może także przetwarzać wszelkie dodatkowe informacje i dane, które Osoba Uprawniona przekaże LUX MED w ramach procesu Zwrotu Kosztów.

- 8.4. Dane osobowe Osób Uprawnionych przetwarzane są w celu umożliwienia im skorzystania ze Zwrotu Kosztów na podstawie dobrowolnej chęci Osób Uprawnionych oraz akceptacji niniejszego Regulaminu (art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia). W ramach realizacji procesu Zwrotu Kosztów, LUX MED będzie także przetwarzała dane osobowe o stanie zdrowia Osoby Uprawnionej, w tym może przetwarzać dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej wytworzonej w wyniku skorzystania przez Osobę Uprawnioną ze świadczeń zdrowotnych wskazanych we Wniosku o zwrot Kosztów, a celem takiego przetwarzania jest weryfikacja skorzystania ze świadczenia zdrowotnego przez Osobę Uprawnioną i/lub prawidłowości faktycznej wysokości Zwrotu Kosztów oraz rozliczenie zrealizowanych usług medycznych. Pozyskanie przez LUX MED dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej od podmiotu leczniczego, w którym udzielono jej świadczeń zdrowotnych co do których Osoba Uprawniona chce otrzymać Zwrot Kosztów, musi być poprzedzone udzieleniem przez Osobę Uprawnioną stosownego upoważnienia dla LUX MED, alternatywnie Osoba Uprawniona może samodzielnie pozyskać przedmiotową dokumentację medyczną oraz przekazać ją LUX MED. Jako Administrator danych osobowych LUX MED ma prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania tych danych w tym celu (art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora), którym jest dochodzenie roszczeń i obrona praw. Jako przedsiębiorca LUX MED prowadzi także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nim obowiązki podatkowe, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych Osób Uprawnionych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości).
- 8.5. LUX MED przykładą wysoką wagę do ochrony poufności i dba o dane osobowe Osób Uprawnionych. Z uwagi na konieczność zapewnienia LUX MED odpowiedniej organizacji m.in. w zakresie infrastruktury informatycznej czy bieżących spraw dotyczących działalności jako przedsiębiorcy, jak również realizacji praw Osób Uprawnionych, dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:
- a) dostawcom usług zaopatrujących LUX MED w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające zarządzanie organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym),
  - b) dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających LUX MED w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym).
- 8.6. Z uwagi na to, że LUX MED korzysta z usług innych dostawców, dane osobowe Osób Uprawnionych mogą być przekazywane poza teren Unii Europejskiej. W takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy LUX MED a tym podmiotem, zawierającą standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską bądź na podstawie odpowiedniej decyzji Komisji Europejskiej.
- 8.7. LUX MED przetwarza dane Osób Uprawnionych przez czas realizacji procesu Zwrotu Kosztów, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych przetwarzane są przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Dokumentacja medyczna dotycząca świadczeń zdrowotnych objętych Wnioskiem o zwrot Kosztów, którą Osoba Uprawniona przekazuje LUX MED lub którą LUX MED pozyskuje od innego podmiotu leczniczego na podstawie upoważnienia udzielonego przez Osobę Uprawnioną jest dołączana do dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez LUX MED i przechowywana przez okres wynikający z obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane te są usuwane lub poddawane anonimizacji.
- 8.8. Złożenie Wniosku o zwrot Kosztów oraz podanie danych osobowych są zupełnie dobrowolne, niemniej jednak niepodanie wymaganych danych może skutkować niemożliwością realizacji przez LUX MED procesu Zwrotu Kosztów.
- 8.9. Jako administrator danych, LUX MED zapewni Osobom Uprawnionym prawo dostępu do danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Osoba Uprawniona może także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LUX MED sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. W przypadku chęci skorzystania z któregokolwiek z tych uprawnień przez Osobę Uprawnioną – LUX MED prosi o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych LUX MED informuje także, że Osobie Uprawnionej przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

## 9. Postanowienia końcowe

- 9.1. Regulamin może ulec zmianie. Zmiana Regulaminu staje się skuteczna w terminie wskazanym przez LUX MED, nie krótszym niż 14 dni od momentu udostępnienia zmienionego Regulaminu na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl). Zapytania o zgodę na zwrot kosztów złożone przed wejściem w życie zmian Regulaminu są realizowane według Regulaminu obowiązującego w momencie złożenia ww. zapytania.
- 9.2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.01.2026 r.

## FORMULARZ NR 1

### Upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej

#### Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_

nr PESEL/data urodzenia: \_\_\_\_\_

#### \*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba małoletnia):

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Nr PESEL/data urodzenia: \_\_\_\_\_

upoważniam LUX MED sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ulicy Szturmowej 2 do pozyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mnie/małoletniego dziecka\*, którego jestem opiekunem faktycznym/przedstawicielem ustawowym\* sporządzonej w podmiocie leczniczym, w którym zostały wykonane usługi medyczne objęte złożonym przeze mnie wnioskiem, w celu umożliwienia LUX MED sp. z. o. dokonania prawidłowych rozliczeń finansowych na potrzeby postępowania w ramach procedury „Zwrot Kosztów”.

Załączamy opłaconą kopertę, w której prosimy odesłać podpisane upoważnienie.

\*Podkreślić odpowiednie

\_\_\_\_\_ *Data i podpis*

Informacja o przetwarzaniu Twoich danych osobowych przez LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678), ul. Szturmowej 2 jako ich administratora w ramach procesu Zwrotu Kosztów jest dostępna w Regulaminie Zwrotu Kosztów.

Wniosek o zmianę sposobu prowadzenia korespondencji

Miejscowość i data

WNIOSEK

Zwracam się z wnioskiem o zmianę sposobu prowadzenia korespondencji w mojej sprawie dotyczącej Zwrotu Kosztów przez LUX MED Sp. z o.o., z formy elektronicznej (e-mail) na formę tradycyjną - listowną, przesyłaną na mój adres korespondencyjny:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny: \_\_\_\_\_

Proszę o uwzględnienie powyższej zmiany przy wszelkiej dalszej korespondencji dotyczącej mojej sprawy związanej ze Zwrotem Kosztów przez LUX MED Sp. z o.o.

Podpis

# WNIOSEK O REFUNDACJĘ

Prosimy o zaznaczenie (jednej z poniższych opcji) z jakiego tytułu ubiega się Pan/Pani o Refundację kosztów leczenia:

Z tytułu zapisów w umowie:

- Refundacja „Swoboda Leczenia”
- Refundacja „Cennikowa”
- Refundacja „Standardy Dostępności”
- Refundacja „Przyjazna Zmiana”
- Refundacja „Dyżur Stomatologiczny”

Z tytułu:

- Reklamacji
- Zwrot z tytułu braku usługi w placówkach w danym mieście
- Z tytułu uzyskanej zgody na zwrot kosztów
- Inny:

Wypełniony Wniosek wraz z kompletem dokumentów prosimy przesłać na adres:

LUX MED Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 94  
00-807 Warszawa  
Z dopiskiem: Refundacja

**UWAGA!** Dokonujemy zwrotu do 3 miesięcy wstecz od daty wykonania usługi. Prosimy o bieżące przysyłanie dokumentów.

**Potwierdzenie podjęcia próby rezerwacji terminu wizyty w LUX MED:**

(prosimy podać dane o dacie i sposobie podjęcia próby rezerwacji wizyty w celu umożliwienia weryfikacji spełnienia standardów dostępności)

Miejsce kontaktu (zaznacz):

- Call Center – Nr telefonu z którego nastąpił kontakt\* \_\_\_\_\_
- Portal Pacjenta
- Placówka medyczna (podaj nazwę i adres) \_\_\_\_\_

Data kontaktu: \_\_\_\_\_

**Dane Osoby Uprawnionej, która skorzystała ze Świadczenia zdrowotnego:**

Nazwisko\*: \_\_\_\_\_ Imię\*: \_\_\_\_\_

PESEL\*: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy\*: \_\_\_\_\_

E-mail\*: \_\_\_\_\_

Nazwa Firmy\*: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji\*:

Ulica: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Poczta: \_\_\_\_\_

Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_

### Dane osoby do kontaktu:

(dane rodzica lub opiekuna – w przypadku Refundacji usług wykonywanych dla dzieci do lat 18)

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy\*: \_\_\_\_\_

E-mail\*: \_\_\_\_\_

### Dane do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek\*:

Bank/Oddział\*: \_\_\_\_\_

Właściciel\*: \_\_\_\_\_

Nr rachunku\* \_\_\_\_\_

\*pole obowiązkowe; w przypadku adresu e-mail lub numeru telefonu wystarczy podanie jednego z nich

### Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych:

1. Zwrot kosztów dokonywany jest na podstawie oryginałów faktur VAT lub rachunków wystawionych na osobę fizyczną (osobę korzystającą ze świadczeń, a w przypadku dzieci do 18 r.ż. – na dane rodzica lub opiekuna) wraz ze specyfikacją wykonanych świadczeń zawierającą nazwę usługi, liczbę i cenę jednostkową usługi. Oryginał faktury należy dołączyć do niniejszego Wniosku. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych.**
2. W tabeli poniżej prosimy podać informację o wykonanych usługach, o których Refundację ubiegają się Państwo. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska, w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania.
3. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Benefitplanu), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione przez lekarza z innej placówki niż Placówka Własna, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.
4. W przypadku usług stomatologicznych oraz rehabilitacyjnych wymagane jest dołączenie specyfikacji wykonanych usług z cenami jednostkowymi ilością wykonanej usługi oraz jej nazewnictwem.

Lp.	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury	Kwota Refundacji (wypełnia LUX MED)
1					
2					
3					
4					
5					

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Podpis

**Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku**

### Załączniki:

1. Faktury: \_\_\_\_\_ sztuk
2. Kopie skierowań: \_\_\_\_\_ sztuk
3. Inne: \_\_\_\_\_ sztuk

strona 9 z 9

# REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW

## dla klientów LUX MED Ubezpieczenia TUiR SA (dalej: Regulamin)

### 1. Definicje

Wyrażenia pisane wielką literą, które nie zostały odrębnie zdefiniowane w niniejszym Regulaminie posiadają znaczenia nadane im w Umowie, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia stosowanych przez LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. („OWU”).

- 1.1. **LUX MED** – LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Szturmowej 2, (02–678) Warszawa, realizująca w imieniu i na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia proces Zwrotu kosztów zgodnie z Regulaminem.
- 1.2. **LUX MED Ubezpieczenia** – LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Szturmowej 2, 02-678 Warszawa.
- 1.3. **Pakiet zdrowotny (dalej: Pakiet)** – określony w Umowie zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący wykaz i zasady realizacji Świadczeń ambulatoryjnych w ramach Modułu: Opieka Ambulatoryjna, z których korzystać mogą Ubezpieczeni.
- 1.4. **Portal Pacjenta** – platforma internetowa LUX MED dostępna dla Ubezpieczonych w wersji przeglądarkowej pod adresem <https://portalpacjenta.luxmed.pl/> oraz w formie aplikacji mobilnej.
- 1.5. **Regulamin** – niniejszy dokument określający prawa i obowiązki Ubezpieczonego, LUX MED oraz LUX MED Ubezpieczenia w ramach procesu Zwrotu kosztów.
- 1.6. **Świadczenie ambulatoryjne** – świadczenie ambulatoryjne lub świadczenie ambulatoryjne ze współfinansowaniem przysługujące Ubezpieczonemu w ramach Modułu: Opieka Ambulatoryjna na podstawie Umowy, wchodzące w zakres jego Pakietu.
- 1.7. **Ubezpieczony** – główny ubezpieczony lub współubezpieczony, który przystąpił do Umowy i został objęty ochroną ubezpieczeniową.
- 1.8. **Umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta z LUX MED Ubezpieczenia, obejmująca swoim zakresem Moduł: Opieka Ambulatoryjna, w ramach której Ubezpieczonemu przysługuje dostęp do Świadczeń ambulatoryjnych.
- 1.9. **Wniosek o zwrot kosztów** – formularz, który Wnioskujący wypełnia celem uzyskania Zwrotu kosztów.
- 1.10. **Wnioskujący** – osoba występująca z Wnioskiem o zwrot kosztów, będąca Ubezpieczonym uprawnionym do Zwrotu kosztów bądź jego przedstawicielem ustawowym.
- 1.11. **Zgoda na zwrot kosztów** – udzielana telefonicznie deklaracja Zwrotu kosztów Ubezpieczonemu, wydawana przez LUX MED w imieniu LUX MED Ubezpieczenia.
- 1.12. **Zwrot kosztów** – zwrot poniesionych przez lub na rzecz Ubezpieczonego kosztów płatnych usług zdrowotnych (odpowiadających przysługującym Ubezpieczonemu Świadczeniom ambulatoryjnym) udzielonych Ubezpieczonemu przez podmiot leczniczy na podstawie uzyskanej Zgody na zwrot kosztów. Niniejszy zwrot stanowi naprawienie szkody wyrządzonej Ubezpieczonemu z powodu niedotrzymania przez LUX MED Ubezpieczenia warunków Umowy w sytuacji, gdy nie ma możliwości organizacyjnych udzielenia Ubezpieczonemu w Przychodniach Świadczenia ambulatoryjnego przysługującego mu w ramach Umowy, w terminie 30 dni od zgłoszenia.

### 2. Prawo do zwrotu kosztów

- 2.1. Aby móc ubiegać się o Zwrot kosztów w ramach Regulaminu niezbędne jest uzyskanie Zgody na zwrot kosztów przed skorzystaniem z płatnej usługi zdrowotnej odpowiadającej Świadczeniu ambulatoryjnemu.
- 2.2. Zgoda na zwrot kosztów jest udzielana zgodnie z poniższymi zasadami:
  - a) Jest udzielana na zrealizowanie płatnej usługi zdrowotnej odpowiadającej Świadczeniu ambulatoryjnemu przysługującemu Ubezpieczonemu w ramach Umowy na dzień jej realizacji z uwzględnieniem warunków Umowy (w tym limitów Świadczeń ambulatoryjnych oraz konieczności posiadania skierowania), a także wyłączeń wynikających z Umowy i OWU oraz wyłączeń wskazanych w punkcie 7 Regulaminu.
  - b) Zgoda na zwrot jest jednorazowa, terminowa (czas na jej realizację wynosi 14 dni kalendarzowych od jej wydania).
  - c) Dotyczy konkretnej usługi zdrowotnej wykonywanej w podmiotach leczniczych w warunkach ambulatoryjnych.
  - d) Jest ograniczona terytorialnie – usługę zdrowotną na jej podstawie można wykonać wyłącznie na obszarze miasta wskazanego w Zgodzie na zwrot kosztów.

e) Zgoda jest wydawana podczas kontaktu Ubezpieczonego z call center LUX MED w sytuacji, gdy nie ma możliwości organizacyjnych udzielenia Ubezpieczonemu w Przychodniach Świadczenia ambulatoryjnego przysługującego mu w ramach Umowy, w terminie 30 dni.

2.3. Koszt płatnej usługi zdrowotnej udokumentowany konkretną fakturą lub rachunkiem może zostać zwrócony jedynie raz. Otrzymanie zwrotu kwoty wynikającej z konkretnej faktury lub rachunku od LUX MED lub LUX MED Ubezpieczenia z jakiegokolwiek innego tytułu lub na jakiegokolwiek innej podstawie wyklucza otrzymanie Zwrotu kosztów w ramach Regulaminu na podstawie tej samej faktury lub rachunku. Otrzymanie Zwrotu kosztów w ramach Regulaminu na podstawie konkretnej faktury lub rachunku wyklucza otrzymanie zwrotu kwoty wynikającej z tej samej faktury lub rachunku od LUX MED Ubezpieczenia z jakiegokolwiek innego tytułu lub na jakiegokolwiek innej podstawie.

### 3. Wymagania dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów

3.1. Po uzyskaniu Zgody na zwrot kosztów, działając w zakresie i na zasadach uzyskanej zgody, Ubezpieczony zwraca się do podmiotu leczniczego o udzielenie płatnej usługi zdrowotnej i samodzielnie na rzecz podmiotu leczniczego realizującego tę usługę, pokrywa koszty jej wykonania, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tym podmiocie leczniczym. Na dowód poniesienia kosztów uzyskuje fakturę albo rachunek za wykonaną płatną usługę zdrowotną. Paragony fiskalne nie będą akceptowane, bowiem nie zawierają danych niezbędnych do ich weryfikacji.

3.2. Jako nabywca na fakturze wskazany powinien być Ubezpieczony, a w przypadku usług zdrowotnych realizowanych na rzecz osoby niepełnoletniej – opiekun faktyczny lub przedstawiciel ustawowy dziecka.

3.3. Faktura lub rachunek powinny zawierać:

- a) Dane Ubezpieczonego, który uzyskał Zgodę na zwrot, któremu udzielono płatnej usługi zdrowotnej (co najmniej imię, nazwisko, adres zamieszkania). W przypadku świadczeń udzielanych Ubezpieczonemu niepełnoletniemu, gdy rachunek / faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, dane Ubezpieczonego powinny znaleźć się w treści rachunku / faktury.
- b) Wykaz udzielonych Ubezpieczonemu usług zdrowotnych, za które naliczony został koszt, wraz z ich nazwami – w treści rachunku / faktury lub w formie załącznika ze specyfikacją do niej.
- c) Liczbę zrealizowanych usług zdrowotnych danego rodzaju.
- d) Datę udzielenia usługi zdrowotnej.
- e) Cenę jednostkową każdej udzielonej usługi zdrowotnej.

3.4. W przypadku usług zdrowotnych odpowiadających Świadczeniom ambulatoryjnym, co do których zgodnie z warunkami Pakietu istnieje wymóg posiadania skierowania, gdy skierowanie zostało wystawione poza placówką własną LUX MED, do wniosku powinna być dołączona kopia skierowania w formie papierowej lub elektronicznej (skanu).

3.5. W przypadku braku kopii skierowania, o którym mowa w punkcie 3.4, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego zawierająca informację o wystawieniu ww. skierowania. Forma dołączenia ww. dokumentacji do wniosku jest analogiczna jak w przypadku skierowania w punkcie 3.4.

3.6. Koszty nie zostaną zwrócone w przypadku niedostarczenia kompletu wymaganych dokumentów lub gdy dostarczone dokumenty nie pozwalają na ustalenie nazw poszczególnych usług zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu lub danych osoby, na rzecz której zostały wykonane.

3.7. Koszty nie zostaną zwrócone na podstawie rachunku lub faktury, które:

3.7.1. nie zawierają wykazu udzielonych płatnych usług zdrowotnych lub specyfikacji,

3.7.2. nie pozwalają na jednoznaczne ustalenie rodzaju udzielonej usługi zdrowotnej (na przykład, ale nie wyłącznie: opatrzonego jedynie ogólnym opisem usługi „usługa medyczna”, „zabiegi rehabilitacyjne”, „usługa stomatologiczna” itp.)

### 4. Możliwe ścieżki złożenia Wniosku o Zwrot kosztów

4.1. Proces Zwrotu kosztów realizowany jest przez LUX MED w imieniu i na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia. Świadczenie pieniężne otrzymywane przez Wnioskującego od LUX MED stanowi zaspokojenie potencjalnych lub istniejących roszczeń Ubezpieczonego wobec LUX MED Ubezpieczenia z tytułu niedotrzymania warunków Umowy w związku z realizacją Świadczenia ambulatoryjnego.

4.2. LUX MED Ubezpieczenia udostępni Ubezpieczonemu poniższe ścieżki złożenia Wniosku:

4.2.1. W formie papierowej – Ubezpieczony wypełnia Wniosek, składając na nim odręczny podpis, dołącza oryginał rachunku lub faktury oraz w razie konieczności kserokopie skierowań lub dokumentacji medycznej i przesyła komplet dokumentów pocztą na adres:

LUX MED Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 94  
00-807 Warszawa  
z dopiskiem „ZWROT KOSZTÓW”

4.2.2. W formie elektronicznej – Ubezpieczony wypełnia i przesyła Wniosek, a także załącza skan lub zdjęcie rachunku lub faktury oraz w razie konieczności skany lub zdjęcia skierowań lub dokumentacji medycznej za pośrednictwem Portalu Pacjenta. Wybierając formę elektroniczną złożenia Wniosku Ubezpieczony oświadcza, iż wyraża zgodę na kontakt elektroniczny ze strony LUX MED w sprawie rozpatrywanego Wniosku.

Aby otrzymywać korespondencję dotyczącą Wniosku złożonego przez Portal Pacjenta pocztą tradycyjną, konieczne jest poinformowanie o tym LUX MED poprzez dołączenie do Wniosku stosownego oświadczenia (zgodnie z Formularzem nr 2) lub przekazanie takiej informacji do LUX MED na adres email: zwroty.kosztow@luxmed.pl.

W przypadku braku ww. dyspozycji obowiązującą formą komunikacji w sprawie zgłoszonego Wniosku jest korespondencja mailowa.

4.3. Wymagania dotyczące dokumentów dostarczanych w formie elektronicznej:

4.3.1. Przyjmowane są dokumenty jedynie w formacie pdf, jpg, JPEG, PNG.

4.3.2. Do jednego Wniosku można załączyć maksymalnie 5 plików.

4.3.3. Rozmiar wszystkich załączonych dokumentów nie może przekroczyć 40 MB.

4.3.4. Na skanie lub zdjęciu musi być widoczny cały dokument (żaden jego fragment nie może być „ucięty” lub zasłonięty).

4.3.5. Skan lub zdjęcie dokumentu ma zawierać wyłącznie obraz rachunku / faktury, skierowania lub dokumentacji medycznej.

4.3.6. Obraz dokumentu musi być czytelny i identyczny z oryginałem. Niedopuszczalne jest dokonywanie jakichkolwiek zmian lub ingerencji w obraz dokumentu.

4.4. **Ubezpieczony zobowiązany jest do przechowywania oryginałów dokumentów przesłanych w formie elektronicznej, stanowiących podstawę Zwrotu kosztów, do czasu zrealizowania Zwrotu przez LUX MED w imieniu LUX MED Ubezpieczenia.**

4.5. Składając Wniosek wraz z rachunkiem lub fakturą i pozostałą dokumentacją drogą elektroniczną, Ubezpieczony oświadcza i zapewnia, że przesłane skany lub zdjęcia dokumentów są dokładnym odwzorowaniem oryginału, nie były w żaden sposób modyfikowane, a także, że koszty te nie zostały dotychczas zwrócone przez LUX MED ani LUX MED Ubezpieczenia i jest to jedyne wystąpienie do LUX MED lub LUX MED Ubezpieczenia o ich zwrot. LUX MED Ubezpieczenia zastrzega sobie prawo do wyrywkowej kontroli dokumentów przesłanych drogą elektroniczną poprzez zobowiązanie Ubezpieczonego do dostarczenia ich oryginałów. Brak wypełnienia powyższego zobowiązania lub stwierdzenie przez LUX MED lub LUX MED Ubezpieczenia sfałszowania dokumentu będącego podstawą Wniosku o zwrot kosztów lub ingerencji w przesłany obraz dokumentu, będzie wiązać się z odmową Zwrotu kosztów, a w przypadku już wypłaconych środków, z żądaniem ich zwrotu.

4.6. W przypadku gdy skan lub zdjęcie przesłanego dokumentu będzie budzić wątpliwości co do jego czytelności, autentyczności lub integralności, LUX MED Ubezpieczenia zastrzega sobie prawo do zwrócenia się (samodzielnie lub za pośrednictwem LUX MED) do Ubezpieczonego o przesłanie drogą mailową ponownie zobrazowanego dokumentu, a w szczególnych przypadkach również o doręczenie oryginału dokumentu, co do którego obrazu zaistniały wątpliwości. Odmowa dostarczenia dokumentu w ww. sposób lub stwierdzenie przez LUX MED Ubezpieczenia (samodzielnie lub za pośrednictwem LUX MED) sfałszowania dokumentu będącego podstawą Wniosku o zwrot kosztów lub ingerencji w przesłany obraz dokumentu, będzie wiązać się z odmową Zwrotu kosztów lub żądaniem zwrotu, jeżeli Zwrot został już zrealizowany.

4.7. W przypadku wysłania Wniosku o zwrot kosztów, faktury, skierowania czy też jakiegokolwiek innej dokumentacji zawierającej dane osobowe na wskazany w Regulaminie adres email, Ubezpieczony powinien należycie zabezpieczyć przekazywane załączniki. Poniżej rekomendacja LUX MED Ubezpieczenia w tym zakresie:

4.7.1. Plik powinien zostać zaszyfrowany za pomocą programu kompresującego: np. 7zip lub WinRAR.

4.7.2. Podczas tworzenia pliku należy zabezpieczyć go hasłem (kluczem kryptograficznym). Hasło powinno składać się z co najmniej 8 znaków, dużych i małych liter oraz cyfr i znaków specjalnych (jak np. &\*#@)

4.7.3. Hasło (klucz kryptograficzny) do pliku powinno zostać przekazane do LUX MED innym kanałem komunikacji, tj. na numer telefonu podany Ubezpieczonemu po złożeniu Wniosku.

## 5. Rozliczenie Zwrotu kosztów

5.1. W przypadku gdy Wniosek o zwrot kosztów dotyczy Świadczeń ambulatoryjnych, które zgodnie z warunkami Umowy (Pakietu) wiążą się z procentowym lub kwotowym udziałem własnym Ubezpieczonego (np. częściowa opłata za usługę, rabaty wynikające z Pakietu), kwota Zwrotu zostanie odpowiednio pomniejszona o obowiązujący udział własny Ubezpieczonego.

5.2. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne będące przedmiotem Zwrotu kosztów w ramach Umowy (Pakietu) przysługują Ubezpieczonemu w limitowanym zakresie np. co do liczby ich wykonań – limit ten liczony jest łącznie dla Świadczeń ambulatoryjnych wykonanych w ramach Umowy, jak i dla płatnych usług zdrowotnych, za które Ubezpieczony uzyskał Zwrot kosztów. W przypadku, gdy po uzyskaniu Zgody na zwrot kosztów, a przed rozliczeniem Zwrotu kosztów Ubezpieczony wykorzysta limit na dane Świadczenie ambulatoryjne określony w Umowie (Pakiecie), koszt płatnej usługi zdrowotnej nie podlega Zwrotowi kosztów.

5.3. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne będące przedmiotem Zwrotu kosztów w ramach Umowy (Pakietu) są Świadczeniami

ambulatoryjnymi limitowanymi łączonymi (świadczenia grupowe obejmujące poza Ubezpieczonym co najmniej jedną inną osobę, np. psychoterapia par, terapia grupowa), warunkiem Zwrotu kosztów za płatne usługi zdrowotne odpowiadające tym Świadczeniom ambulatoryjnym jest posiadanie przez wszystkie osoby uprawnienia do takich Świadczeń ambulatoryjnych w ramach Umowy (Pakietu); w takim przypadku limit co do liczby ich wykonań liczony jest oddzielnie dla każdej z tych osób.

- 5.4. W przypadku, gdy dostarczona przez Ubezpiezonego dokumentacja lub Wniosek nie dają podstawy do ustalenia wysokości poniesionych kosztów płatnej usługi zdrowotnej lub budzą uzasadnione wątpliwości co do wysokości poniesionych kosztów usługi, zasadności jej wykonania lub tożsamości osoby, której została ona udzielona, LUX MED (działając w imieniu i na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia) ma prawo uzależnić realizację Zwrotu kosztów od dostarczenia przez Ubezpiezonego dodatkowych dokumentów, które pozwolą usunąć uzasadnione wątpliwości lub pozwolą ustalić faktyczną wysokość Zwrotu kosztów. W tym celu Ubezpieczony upoważni LUX MED (działającą w imieniu i na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia) do wystąpienia do podmiotu leczniczego, który zrealizował płatną usługę zdrowotną, o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do weryfikacji zasadności i wysokości kosztów usługi objętej Wnioskiem, zgodnie z Formularzem nr 1 lubw przypadku braku udzielenia takiego upoważnienia, Ubezpieczony zobowiązany będzie do samodzielnego dostarczenia poświadczonej kopii takiej dokumentacji.
- 5.5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej płatnej usługi zdrowotnej lub braku przedłożenia poświadczonych kopii tej dokumentacji samodzielnie przez Ubezpiezonego, o czym mowa w punkcie 5.4., jak również w przypadku stwierdzenia na podstawie dostarczonej w ww. trybie dokumentacji braku podstaw do Zwrotu kosztów, LUX MED ma prawo do odmowy realizacji Zwrotu kosztów w zakresie, w jakim brak dokumentacji uniemożliwia jego weryfikację, o czym poinformuje pisemnie lub mailowo Ubezpiezonego.
- 5.6. Jeżeli po dokonaniu Zwrotu kosztów LUX MED lub LUX MED Ubezpieczenia uzyska dowody na okoliczność, iż Zwrot został zrealizowany na podstawie nieprawdziwych informacji, sfałszowanych lub przerobionych rachunków lub faktur, bądź na podstawie poświadczających nieprawdę dokumentów dołączonych do Wniosku (np. rachunków lub faktur za usługi zdrowotne wykonane na rzecz osób trzecich), LUX MED Ubezpieczenia przysługuje prawo do żądania zwrotu wypłaconych nienależnie kwot w ramach Zwrotu kosztów. W tym celu LUX MED lub LUX MED Ubezpieczenia będzie uprawniony do wezwania Ubezpiezonego do zwrotu nienależnie uzyskanej kwoty, wyznaczając mu 7dniowy termin na zwrot, wraz z odsetkami liczonymi od dnia realizacji wypłaty w ramach Zwrotu kosztów do dnia zapłaty.

## 6. Wypłata z tytułu Zwrotu kosztów

- 6.1. Wypłata świadczenia z tytułu Zwrotu kosztów realizowana jest na podstawie złożonego przez Wnioskującego Wniosku o zwrot kosztów wraz z załączonymi rachunkami lub fakturami, a także kopiami skierowań, na które Ubezpieczony uzyskał Zgodę na zwrot kosztów.
- 6.2. W przypadku otrzymania Wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje Wnioskującego w ciągu 7 dni od złożenia Wniosku o konieczności uzupełnienia tych danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we Wniosku.

## 7. Wyłączenia Zwrotów kosztów

- 7.1. Zwrot kosztów nie obejmuje:
- 7.1.1. Kosztów usług zdrowotnych, dla których nie istnieje możliwość ustalenia ceny jednostkowej poszczególnych usług, ponieważ zostały one zakupione łącznie z innymi usługami (w zestawie: medycznym, karcie, abonamencie medycznym) i opłacone łącznie ryczałtem.
  - 7.1.2. Świadczeń niewchodzących w zakres Pakietu Ubezpiezonego.
  - 7.1.3. usług zdrowotnych, w przypadku, gdy Wniosek lub rachunek albo faktura będące podstawą Zwrotu kosztów zostaną przesłane do LUX MED po upływie terminu przedawnienia roszczenia Ubezpiezonego o Zwrot kosztów. Złożenie Wniosku wstrzymuje bieg terminu, o którym mowa powyżej.
- 7.2. Jeżeli Wniosek nie może otrzymać prawidłowego biegu wskutek niezachowania warunków formalnych LUX MED wezwie Ubezpiezonego, pod rygorem nierozpoznania Wniosku, do poprawienia lub uzupełnienia go w ciągu 7 dni od otrzymania zgłoszenia. Po bezskutecznym upływie terminu LUX MED pozostawia Wniosek bez rozpoznania. Pismo pozostawione bez rozpoznania nie wywołuje żadnych skutków, jakie Regulamin wiąże ze złożeniem Wniosku. Wniosek poprawiony lub uzupełniony w terminie wywołuje skutki od chwili jego wniesienia.

## 8. Dane osobowe

- 8.1. Administratorem danych osobowych w ramach procesu Zwrotu kosztów jest LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Szturmowej 2, 02678 Warszawa, zgodnie z art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej: Rozporządzenie”. Dane Osób Uprawnionych (a gdy świadczenia zdrowotne objęte Wnioskiem o zwrot Kosztów realizowane są na rzecz dzieci do 18 r.ż. – także dane osobowe opiekunów faktycznych lub przedstawicieli ustawowych) przetwarzane są w ramach realizacji zgłoszenia oraz prowadzenia procesu Zwrotu Kosztów.

- 8.2. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych każda z Osób Uprawnionych może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem adresu email: daneosobowe@luxmed.pl.
- 8.3. W ramach procesu Zwrotu Kosztów, LUX MED Ubezpieczenia będzie przetwarzała dane osobowe Wnioskujących w zakresie tzw. danych zwykłych obejmujących m.in. dane niezbędne do prawidłowej identyfikacji Ubezpieczonego, jak również danych osobowych szczególnej kategorii - danych osobowych dotyczących zdrowia. Dane osobowe będą przetwarzane przez LUX MED Ubezpieczenia w zakresie wynikającym z Wniosku o zwrot Kosztów i przekazanych załączników (takich jak np. faktury) i będą obejmować m.in. imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL (lub datę urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL), adres email, numer telefonu, dane dotyczące rachunku bankowego. W odniesieniu do danych osobowych szczególnej kategorii, tj. danych dotyczących zdrowia, LUX MED Ubezpieczenia będzie przetwarzała informacje o zrealizowanych przez Ubezpieczonego świadczeniach zdrowotnych (wykaz świadczeń zdrowotnych, data ich wykonania, liczba). W przypadkach określonych w niniejszym regulaminie, LUX MED Ubezpieczenia będzie również przetwarzała dane osobowe wskazane na stosownych skierowaniach (obejmujące dane o stanie zdrowia Ubezpieczonego). Jeżeli będzie to niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia procesu Zwrotu Kosztów i dokonania stosownych rozliczeń, pod warunkiem udzielenia przez Ubezpieczonego stosownego upoważnienia do pozyskania przez LUX MED Ubezpieczenia dokumentacji medycznej lub przekazania przez Osobę Uprawnioną takiej dokumentacji medycznej do LUX MED Ubezpieczenia, LUX MED Ubezpieczenia może również przetwarzać dane osobowe Osoby Uprawnionej zawarte w dokumentacji medycznej wytworzonej w ramach korzystania przez Osobę Uprawnioną ze świadczeń zdrowotnych, które Ubezpieczony wskazała we Wniosku o zwrot Kosztów. LUX MED Ubezpieczenia może także przetwarzać wszelkie dodatkowe informacje i dane, które Ubezpieczony przekaże LUX MED Ubezpieczenia w ramach procesu Zwrotu Kosztów.
- 8.4. Dane osobowe Ubezpieczonych przetwarzane są w celu umożliwienia im skorzystania ze Zwrotu Kosztów na podstawie dobrowolnej chęci Ubezpieczonych oraz akceptacji niniejszego Regulaminu (art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia). W ramach realizacji procesu Zwrotu Kosztów, LUX MED Ubezpieczenia będzie także przetwarzała dane osobowe o stanie zdrowia Ubezpieczonego, w tym może przetwarzać dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej wytworzonej w wyniku skorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczeń zdrowotnych wskazanych we Wniosku o zwrot Kosztów, a celem takiego przetwarzania jest weryfikacja skorzystania ze świadczenia zdrowotnego przez Ubezpieczonego i/lub prawidłowości faktycznej wysokości Zwrotu Kosztów oraz rozliczenie zrealizowanych usług medycznych. Pozyskanie przez LUX MED Ubezpieczenia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego od podmiotu leczniczego, w którym udzielono jej świadczeń zdrowotnych co do których Ubezpieczony chce otrzymać Zwrot Kosztów, musi być poprzedzone udzieleniem przez Ubezpieczonego stosownego upoważnienia dla LUX MED Ubezpieczenia, alternatywnie Ubezpieczony może samodzielnie pozyskać przedmiotową dokumentację medyczną oraz przekazać ją LUX MED Ubezpieczenia. Jako Administrator danych osobowych LUX MED Ubezpieczenia ma prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania tych danych w tym celu (art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora), którym jest dochodzenie roszczeń i obrona praw. Jako przedsiębiorca LUX MED Ubezpieczenia prowadzi także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nim obowiązki podatkowe, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych Wnioskujących (art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości).
- 8.5. LUX MED przykładą wysoką wagę do ochrony poufności i dba o dane osobowe Wnioskujących. Z uwagi na konieczność zapewnienia LUX MED Ubezpieczenia odpowiedniej organizacji m.in. w zakresie infrastruktury informatycznej czy bieżących spraw dotyczących działalności jako przedsiębiorcy, jak również realizacji praw Ubezpieczonych, dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:
- 8.5.1. dostawcom usług zaopatrujących LUX MED Ubezpieczenia w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające zarządzanie organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym),
- 8.5.2. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających LUX MED Ubezpieczenia w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym).
- 8.6. Z uwagi na to, że LUX MED Ubezpieczenia korzysta z usług innych dostawców, dane osobowe Wnioskujących mogą być przekazywane poza teren Unii Europejskiej. W takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy LUX MED Ubezpieczenia a tym podmiotem, zawierającą standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską bądź na podstawie odpowiedniej decyzji Komisji Europejskiej.
- 8.7. LUX MED Ubezpieczenia przetwarza dane Wnioskujących przez czas realizacji procesu Zwrotu Kosztów, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych przetwarzane są przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Dokumentacja medyczna dotycząca świadczeń zdrowotnych objętych Wnioskiem o zwrot Kosztów, którą Wnioskujący przekazuje LUX MED Ubezpieczenia lub którą LUX MED Ubezpieczenia pozyskuje od innego podmiotu leczniczego na podstawie upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego jest dołączana do dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez LUX MED Ubezpieczenia i przechowywana przez okres wynikający z obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane te są usuwane lub poddawane anonimizacji.
- 8.8. Złożenie Wniosku o zwrot Kosztów oraz podanie danych osobowych są zupełnie dobrowolne, niemniej jednak niepodanie wymaganych danych może skutkować niemożliwością realizacji przez LUX MED Ubezpieczenia procesu Zwrotu Kosztów.
- 8.9. Jako administrator danych, LUX MED Ubezpieczenia zapewnia Wnioskującym prawo dostępu do danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Wnioskujący może także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LUX MED Ubezpieczenia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych.

W przypadku chęci skorzystania z któregokolwiek z tych uprawnień przez Ubezpieczonego – LUX MED Ubezpieczenia prosi o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych LUX MED Ubezpieczenia informuje także, że Wnioskującemu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

## 9. Postanowienia końcowe

- 9.1. Regulamin może ulec zmianie. Zmiana Regulaminu staje się skuteczna w terminie wskazanym przez LUX MED Ubezpieczenia, nie krótszym niż 14 dni od momentu udostępnienia zmienionego Regulaminu na stronie [www.luxmedubezpieczenia.pl](http://www.luxmedubezpieczenia.pl). Zapytania o zgodę na zwrot kosztów złożone przed wejściem w życie zmian Regulaminu są realizowane według Regulaminu obowiązującego w momencie złożenia ww. zapytania.
- 9.2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.04.2026 r.

## FORMULARZ NR 1

### Upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej

#### Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_

nr PESEL/data urodzenia: \_\_\_\_\_

#### \*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba małoletnia):

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Nr PESEL/data urodzenia: \_\_\_\_\_

upoważniam LUX MED Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie (02678) przy ulicy Szturmowej 2 oraz działająca w jego imieniu LUX MED sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (02678) przy ulicy Szturmowej 2 do pozyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mnie / małoletniego dziecka\*, którego jestem opiekunem faktycznym/ przedstawicielem ustawowym\* sporządzonej przez podmiot leczniczy, który udzielił świadczeń zdrowotnych, w zakresie niezbędnym do potwierdzenia rodzaju, zakresu, zasadności oraz kosztów udzielonych świadczeń, objętych złożonym przeze mnie wnioskiem o refundację kosztów leczenia.

Upoważnienie udzielane jest wyłącznie w celu realizacji umowy ubezpieczenia, w tym weryfikacji dokumentacji medycznej oraz dokonania rozliczeń finansowych przez LUX MED Ubezpieczenia TUiR S.A.

\*Podkreślić odpowiednie

\_\_\_\_\_   
Data i podpis

Informacja o przetwarzaniu Twoich danych osobowych przez LUX MED Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie (02-678), ul. Szturmowej 2 jako ich administratora w ramach procesu Zwrotu Kosztów jest dostępna w Regulaminie Zwrotu Kosztów.

strona 7 z 10

**Wniosek o zmianę sposobu prowadzenia korespondencji**

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość i data*

**WNIOSEK**

Zwracam się z wnioskiem o zmianę sposobu prowadzenia korespondencji w mojej sprawie dotyczącej Zwrotu Kosztów przez LUX MED sp z o.o. (działającą na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia TUiR S.A.), z formy elektronicznej (e-mail) na formę tradycyjną – listowną, przesyłaną na mój adres korespondencyjny:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny: \_\_\_\_\_

Proszę o uwzględnienie powyższej zmiany przy wszelkiej dalszej korespondencji dotyczącej mojej sprawy związanej ze Zwrotem Kosztów

\_\_\_\_\_  
*Podpis*

# WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW Z TYTUŁU UZYSKANEJ ZGODY NA ZWROT KOSZTÓW

Wypełniony Wniosek wraz z kompletem dokumentów prosimy przelać na adres:

LUX MED Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 94  
00-807 Warszawa  
Z dopiskiem: Zwrot kosztów

## Dane Ubezpieczonego, który skorzystał z płatnej usługi zdrowotnej:

Nazwisko\*: \_\_\_\_\_ Imię\*: \_\_\_\_\_  
PESEL\*: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy\*: \_\_\_\_\_  
E-mail\*: \_\_\_\_\_  
Nazwa Firmy\*: \_\_\_\_\_  
Adres do korespondencji\*:  
Ulica: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_  
Miejscowość: \_\_\_\_\_ Poczta: \_\_\_\_\_  
Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_

## Dane osoby do kontaktu:

(dane rodzica lub opiekuna – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni)

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

## Dane osoby do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek\*:  
Bank/Oddział\*: \_\_\_\_\_  
Właściciel\*: \_\_\_\_\_  
Nr rachunku\* \_\_\_\_\_

\*pole obowiązkowe; w przypadku adresu e-mail lub numeru telefonu wystarczy podanie jednego z nich

## Dane dotyczące wykonanych usług zdrowotnych:

1. Zwrot kosztów dokonywany jest na podstawie oryginałów faktur VAT lub rachunków wystawionych na osobę fizyczną (Ubezpieczonego korzystającego z płatnej usługi zdrowotnej, a w przypadku dzieci do 18 r.ż. – na dane rodzica lub opiekuna) wraz ze specyfikacją wykonanych usług zawierającą nazwę usługi, liczbę i cenę jednostkową usługi. Oryginał faktury należy dołączyć do niniejszego Wniosku. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych.**

strona 9 z 10

2. W tabeli poniżej prosimy podać informację o wykonanych usługach, których Zwrot kosztów ubiegają się Państwo. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska, w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania.
3. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych usług zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Pakietu), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione przez lekarza z innej placówki niż Placówka własna LUX MED, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania
4. W przypadku usług stomatologicznych oraz rehabilitacyjnych wymagane jest dołączenie specyfikacji wykonanych usług z cenami jednostkowymi i liczbą wykonanych usług oraz ich nazewnictwem.
5. Wnioskujący składając niniejszy Wniosek oświadcza, iż kwoty wynikające z niżej wymienionych faktur lub rachunków nie zostały dotychczas zwrócone przez LUX MED ani LUX MED Ubezpieczenia i jest to jedyne wystąpienie do LUX MED lub LUX MED Ubezpieczenia o ich zwrot.

Lp.	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury	Kwota Refundacji (wypełnia LUX MED)
1					
2					
3					
4					
5					

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Podpis

**Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku**

**Załączniki:**

1. Faktury: \_\_\_\_\_ sztuk
2. Kopie skierowań: \_\_\_\_\_ sztuk
3. Inne: \_\_\_\_\_ sztuk