



Wypełniony Wniosek wraz z fakturami należy dostarczyć w ciągu 30 dni kalendarzowych od daty wykonania usługi medycznej **jedynym z niżej opisanych sposobów:**

a) W formie elektronicznej przez (do wyboru) :

- formularz elektroniczny dostępny w aplikacji Medicover OnLine,
- Adres e-mail: [refundacje.medicover@rhenus-data.pl](mailto:refundacje.medicover@rhenus-data.pl) (obsługiwany format załączników to PDF lub JPG):

b) 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:**

---

**Oświadczam**, że zapoznałem/am się z *Regulaminem Gwarancji Platinum Medicover* i akceptuję jego postanowienia,

**Oświadczam**, że wszystkie dane zawarte we Wniosku są prawdziwe,

*Medicover* zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności danych podanych przez Pacjenta (Opiekuna prawnego), poprzez kontakt z Placówką Medyczną i porównanie cen usług podanych we wniosku i wskazanych przez daną placówkę. W przypadku rozbieżności, *Medicover* zastrzega sobie prawo do odmowy refundacji, chyba że Pacjent (Opiekun prawny) dostarczy dodatkowe dokumenty potwierdzające uiszczenie stosownej opłaty.

.....  
data

.....  
czytelny podpis Pacjenta (lub Opiekuna Prawnego)

\* Pole obowiązkowe

\*\* Niepotrzebne skreślić