

KORVAUSHAKEMUS

Nimi _____
 Henkilötunnus _____
 Tilinumero _____
 Puhelin _____
 Työnantaja _____

Onko kustannuksista haettu korvausta vakuutusyhtiöltä? Kyllä Ei

Mahdollinen palkaton ajanjakso ajalla: _____.____.20____ - _____.____.20____

Korvauslaji	Korvausperuste	Kpl	Korvauslaji	Korvausperuste	Kpl
Lääkäripalk.	70 %		Julkinen terv. huolto	100 %	
Lääkkeet	100 %		Laser	900 €	
Silmälasit	70% max. yteh. 300€, mteh. 600€		Matkat	Kelan omavastuuosuudet	
Hammashoit o yksityinen	70 % max. 400€/v		Psykoterapia	70 % max 150 €/krt ja 1000 €/v.	
Kuvantamiset	330 €/krt		Kelan kuntoutuspsyk. terapia	50% max 700 €/v.	
Labrat	50 % max 200 €		Apuväline	70 % max. 200 €	
Fysioterapia	70 % max. riippuu vakuutussuhteen kestosta.		Hieronta, naprapatia, osteopatia ja kiropraktiikka	70 % max. riippuu vakuutussuhteen kestosta.	

Korvauksenhakuohje: Korvaushakemus liitetään kuitin tai maksetun laskun liitteeksi ja lähetetään Komet:lle. Maksettavasta korvauksesta vähennetään Kelan maksama korvaus. Korvausta voi hakea enintään yhden vuoden vanhoista kustannuksista. Komet maksaa korvauksen vakuutetun omalle tilille.

Komet korvaa sairaudenhoidon ja sen ennaltaehkäisyyn kustannuksia enintään 1700 € vuodessa.

_____.____.20____

Korvauksen hakijan allekirjoitus

Päiväys