

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 %		Silmälasit	70% max. yteh. 300€ ja mteh. 600€	
Lääkkeet	100 %		Laser	900 €	
Julkinen terv. huolto	100 %		Matkat ja majoitus	Kelan omavastuuosuu det	
Hammashoit o yksityinen	70 % max. 400€/v		Psykoterap ia	70 % max 10krt.	
Kuvantamise t	330 €/kerta		Apuvälinee t	70 % max. 200 €	
Labrat	50 %		Hieronta, naprapatia, osteopatia ja kiropraktiikka	70 % max. 300€/v	
Fysioterapia	70 % max. 600 €/v				

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

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

____ . ____ .20 ____

Korvauksen hakijan allekirjoitus

Päiväys