



Formularz zgłoszeniowy dotyczący wypłaty świadczenia

Prosimy o czytelne wypełnienie wniosku: drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem.

Dane Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego

(dane osoby, która zrealizowała świadczenie medyczne podlegające refundacji)

Imię* _____

Nazwisko* _____

Pesel* _____

Adres

ulica

numer domu

numer lokalu

miejsowość

kod pocztowy

numer telefonu

adres e-mail

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

Czy ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? **

TAK

NIE

** wniosek wypełnia pełnomocnik ustawowy/prawny opiekun osoby niepełnoletniej)

Dane przedstawiciela ustawowego

(jeśli świadczenie zdrowotne dotyczy osoby niepełnoletniej)

Imię* _____

Nazwisko* _____

Pesel* _____

Adres

ulica

numer domu

numer lokalu

miejsowość

kod pocztowy

numer telefonu

adres e-mail

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

Świadczenia zgłoszone

Koszty leczenia zgodne z załączonymi rachunkami/ fakturami, spis załączników:

Lp.	Nazwa wykonanego świadczenia zdrowotnego	Data wystawienia rachunku/faktury	Numer rachunku/faktury	Cena świadczenia zdrowotnego
1				
2				
3				
4				

Na załączonej fakturze powinna znaleźć się informacja o konkretnym udzielonym świadczeniu/świadczeniach oraz osobie, której udzielono świadczenia zdrowotnego

Sposób wypłaty świadczenia

Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek bankowy:

Imię i Nazwisko właściciela rachunku bankowego*

Nazwa banku															
Numer konta															

Oświadczenia

1. Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.
2. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu świadczeń zdrowotnych zgłoszonych do zwrotu kosztów zgodnie z niniejszym formularzem upoważniam kierownictwo placówek ochrony zdrowia oraz lekarzy do udzielania osobom wskazanym przez PZU ŻYCIE SA wszelkich informacji, w tym do przekazywania im kopii dokumentacji medycznej, dotyczących realizacji tych świadczeń zdrowotnych.
3. Wyrażam zgodę na przysyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

Miejscowość i data

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia