

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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię*	Nazwisko*	PESEL*
Adres:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Nr domu Nr lokalu
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer telefonu	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

Czy ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? **

TAK NIE

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

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli świadczenie zdrowotne dotyczy osoby niepełnoletniej)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię*	Nazwisko*	PESEL*
Adres:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Nr domu Nr lokalu
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer telefonu	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* 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				

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 przesyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

 - -

Data (dd-mm-rrrr)

Miejscowość

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia