



## Formularz zgłoszeniowy dotyczący wypłaty świadczenia

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

### Dane Osoby Uprawnionej

(dane osoby, która zrealizowała świadczenie medyczne podlegające refundacji)

**Imię\*** .....

**Nazwisko\*** .....

**Pesel\*** .....

**Adres** .....  
.....  
*ulica* .....  
.....  
*miejsowość* .....  
.....  
*numer telefonu* .....

.....  
.....  
*numer domu* .....  
*numer lokalu* .....  
.....  
*kod pocztowy* .....  
.....  
*adres e-mail* .....

\* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

### Czy osoba uprawniona jest osobą pełnoletnią? \*\*

.....  
*TAK*

.....  
*NIE*

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

### Dane przedstawiciela ustawowego

(jeśli świadczenie zdrowotne dotyczy osoby niepełnoletniej)

**Imię\*** .....

**Nazwisk\*** .....

**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 Zdrowie 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).

-----  
*Miejscowość i data*

-----  
*Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia*