

Ubezpieczenie Lekowe PZU

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW

Wypełnij poniższy formularz drukowanymi literami i odeślij na adres ePRUF rozliczenia, ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem Ubezpieczenie Lekowe PZU.

DANE UBEZPIECZONEGO

Numer karty *

Imię *

Nazwisko *

PESEL *

Data urodzenia

(wypełnij jeśli jesteś obcokrajowcem)

DANE KONTATKOWE UBEZPIECZONEGO

Ulica

Nr domu/mieszkania *

Miejscowość *

Kod pocztowy *

Poczta *

Numer telefonu *

Adres e-mail

Jeżeli podasz adres e-mail, wyślemy do Ciebie wiadomość, potwierdzającą otrzymanie wniosku.

Ubezpieczenie Lekowe PZU

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW

Wypełnij poniższy formularz drukowanymi literami i odeślij na adres ePRUF rozliczenia, ul. Zbąszyńska 3, 91 - 342 Łódź, z dopiskiem Ubezpieczenie Lekowe PZU.

DANE DO WYPŁATY

Numer rachunku
bankowego *

Imię i nazwisko
właściciela rachunku
bankowego *

DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU

Dołącz kopię recepty i kopię paragonu/faktury. Zwróć uwagę na jakość załączonych dokumentów.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą telefoniczną/elektroniczną na podany wyżej numer telefonu/ adres e-mail lub numer telefonu/adres e-mail przekazany wcześniej. *
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa po zakończeniu odpowiedzialności z ubezpieczenia.
- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe. *

Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym wniosku jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest realizacja świadczenia z umowy ubezpieczenia lekowego.

* Pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia/zaznaczenia.

Data:

Podpis Ubezpieczonego: