



ZDROWIE

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOTYCZĄCY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

I Dane pacjenta (dane pracownika Zleceniodawcy lub Członka rodziny pracownika, który skorzystał ze świadczeń dodatkowych udzielanych przez Zleceniobiorcę w ramach 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"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer telefonu	E-mail	

II Czy pacjent jest osobą pełnoletnią?*

TAK NIE

III Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli świadczenie dodatkowe 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"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer telefonu	E-mail	

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

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

V Sposób wypłaty świadczenia Kwotę świadczenia proszę przelać na rachunek

<input type="text"/>							
bankowy: Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego*							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa banku	Numer konta						

VI Oświadczenia

- Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.
- W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu świadczeń 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.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

- -
Data (dd-mm-rrrr)

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia