



UBEZPIECZENIE LEKOWE PZU WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW

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

I Dane ubezpieczonego

Numer karty*

Imię*

PESEL*

Data urodzenia (wypełnij jeśli nie posiadasz nr PESEL)

Nazwisko*

II Dane kontaktowe ubezpieczonego

Adres:

Ulica*

Numer domu*

Numer lokalu

Kod pocztowy*

Miejscowość*

Poczta*

Numer telefonu*

E-mail*

III Dane do wypłaty

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego *

Numer rachunku bankowego *

IV Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku

Dołącz kopię paragonu/faktury oraz wydruk informacyjny z Internetowego Konta Pacjenta lub wydany przez lekarza. Zwróć uwagę na jakość załączonych dokumentów.

V Zgody marketingowe

- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym wniosku jest PZU Życie SA z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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.

Data

Podpis ubezpieczonego

* Pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia/zaznaczenia.