



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY dotyczący wypłaty świadczenia

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

I Dane Ubezpiezonego lub Współubezpieczonego (dane osoby, która zrealizowała świadczenie medyczne podlegające refundacji)

| | | |
|---|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię* | Nazwisko* | PESEL* |
| <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"/> | |
| Numer telefonu | E-mail | |

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

II Czy ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? **

TAK NIE

** wniosek wypełnia pełnomocnik ustawy/prawny opiekun osoby niepełnoletniej

III Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli świadczenie zdrowotne dotyczy osoby niepełnoletniej)

| | | |
|---|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię* | Nazwisko* | PESEL* |
| <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"/> | |
| Numer telefonu | E-mail | |

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

IV 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 | | | | |

V Sposób wypłaty świadczenia Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek bankowy:

| | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | | | | | |
| 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"/> |
| Nazwa banku | | | Numer konta | | | |

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

VI Oświadczenia

- Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.
- 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 TUW Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych wszelkich informacji, w tym do przekazywania im kopii dokumentacji medycznej, dotyczących realizacji tych świadczeń zdrowotnych.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

- -

Data (dd-mm-rrrr)

| | |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Miejscowość | Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia |