

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY dotyczący wypłaty świadczenia



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

I Dane Ubezpieczonego 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"/>	<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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* 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"/>	<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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* 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 przelać na rachunek bankowy:

<input type="text"/>									
Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego*									
<input type="text"/>									
Nazwa banku	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		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).

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data (dd-mm-rrrr)

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