

# Karta apteczna – formularz zgłoszenia



**PROSZĘ O ZWROT KOSZTÓW ZAKUPU PRODUKTÓW W APTECE**

*Wypełnij poniższy formularz drukowanymi literami i odeślij go na adres ePRUF rozliczenia, ul. Zbąszyńska 3, 93 – 342 Łódź, z dopiskiem Karta Apteczna*

Numer karty

\*

Numer telefonu

\*

Adres e-mail

*Jeżeli podasz adres e-mail, wyślemy do Ciebie e-maila zwrotnego z potwierdzeniem, że otrzymaliśmy Twoje zgłoszenie.*

Numer rachunku  
bankowego

\*

*\* Pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia.*

**W ZAŁĄCZENIU DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA ZGŁOSZENIA** (kopia awersu i rewersu Karty aptecznej oraz kopia paragonu/faktury).

*Zwróć uwagę na jakość załączonych dokumentów.*

**Wyrażam zgodę** na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego zgłoszenia drogą telefoniczną/elektroniczną na podany wyżej numer telefonu/adres e-mail lub numer telefonu/adres e-mail przekazany wcześniej.

**Oświadczam**, że wszystkie dane zawarte w tym zgłoszeniu są prawdziwe.

**Oświadczam**, że otrzymałem/am Kartę apteczną o wyżej wymienionym numerze od PZU Życie SA jako ubezpieczony w ramach ubezpieczenia z Kartą apteczną.

Data: .....

Podpis osoby posługującej się Kartą apteczną: .....