



PZU SA
PZU Życie SA

| | |
|-----------------------|--|
| Grupa ubezpieczeniowa | |
| Nr polisy | |
| Kod jednostki PZU SA | |
| Nr sprawy PZU SA | |

| | |
|----------------------------|--|
| Grupa ubezpieczeniowa | |
| Nr polisy | |
| Kod warunków | |
| Kod jednostki PZU Życie SA | |
| Nr sprawy PZU Życie SA | |

ZGŁOSZENIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW)/TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU/TRWAŁEGO INWALIDZTWA

| | | | |
|---|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Czy w związku z obrażeniami ciała doznanymi w zgłaszanym wypadku ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu innych ubezpieczeń w PZU SA lub PZU Życie SA, jeżeli tak, proszę podać numer polisy i nazwę jednostki? | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| PZU SA | Nr polisy | | |
| | Nazwa ubezpieczenia | | |
| | Nazwa jednostki | | |
| PZU Życie SA | Nr polisy | | |
| | Nazwa ubezpieczenia | | |
| | Nazwa jednostki | | |
| Czy wypadek został już zgłoszony, jeśli tak, proszę podać nazwę jednostki PZU SA lub PZU Życie SA? | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY LUB UPRAWNIONY

| | |
|--|-------------------|
| I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO | |
| Nazwisko | |
| Pierwsze imię | Drugie imię |
| Data urodzenia dd-mm-rrrr | Miejsce urodzenia |
| PESEL | |
| Uprawiana dyscyplina sportu | |
| Zawód wykonywany | |
| Adres zameldowania | Kod poczt. Poczta |
| Ulica | Nr domu |
| Nr lokalu | Miejscowość |
| Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny: | |
| Adres do korespondencji | Kod poczt. Poczta |
| Ulica | Nr domu |
| Nr lokalu | Miejscowość |
| Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny: | |
| Telefon kontaktowy | |
| E-mail | |
| II. DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA <i>(należy wypełnić w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni ubezpieczony lub w przypadku zgonu ubezpieczonego)</i> | |
| Nazwisko | |
| Pierwsze imię | Drugie imię |
| Data urodzenia dd-mm-rrrr | Miejsce urodzenia |
| PESEL | |
| Adres do korespondencji | Kod poczt. Poczta |
| Ulica | Nr domu |
| Nr lokalu | Miejscowość |
| Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny: | |
| Telefon kontaktowy | |
| E-mail | |

III. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia dd-mm-rrrr godz. ggmm

Miejsce

Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji lub prokuratury.

Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po zajściu zdarzenia?

Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczyl się po zajściu zdarzenia.

Czy narząd(y) opisywany(e) w punkcie: „Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia” był(y) uszkodzony(e) w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia? TAK data wypadku dd-mm-rrrr NIECzy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)? TAK data zakończenia leczenia dd-mm-rrrr NIEJestem praworęczny TAK NIECzy w chwili zdarzenia ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii? TAK NIE

Nazwa i numer dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu wg stosownych przepisów prawa (proszę podać jeżeli ubezpieczony w chwili zdarzenia prowadził jakikolwiek pojazd).

IV. DYSPOZYCJA WYPŁATY

Proszę o wypłacenie należnego mi świadczenia:

 przelewem na rachunek bankowy nr
 inne **V. ZAŁĄCZNIKI**

- deklaracja przystąpienia PZU Życie SA/polisa ubezpieczeniowa PZU Życie SA
- polisa ubezpieczeniowa PZU SA
- dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu
- dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, książeczka zdrowia, historia choroby z przychodni itp.)
- inne (proszę wymienić, jakie)

VI. OŚWIADCZENIENazwisko ubezpieczonego Pierwsze imię Drugie imię

1. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU SA i/lub PZU Życie SA upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU SA i/lub PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA i/lub PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.
 2. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU SA i/lub PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania danych jest realizacja umowy ubezpieczenia.
 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
 4. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA i/lub PZU Życie SA.
 5. Przyjmuję do wiadomości, że w PZU Życie SA skargi i zażalenia są rozpatrywane przez jednostki terenowe wyższego szczebla lub Centralę PZU Życie SA zgodnie z zakresem ich działania. PZU Życie SA rozpatruje skargę lub zażalenie niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia – dotyczy tylko osób, które są ubezpieczone w PZU Życie SA.
 6. W PZU SA sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o świadczenie z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego „ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.
- Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

----- -----

----- -----

Miejscowość Podpis ubezpieczonego

VIII. DOTYCZY UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANEGO W PZU ŻYCIE SA

Ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane typ _____

Polisa nr _____ Początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego dd-mm-rrrr

Składkę ubezpieczeniową w kwocie _____ zł za okres _____ (dotyczy miesiąca, w którym nastąpiło zdarzenie) na sumę ubezpieczenia _____ opłacono dnia dd-mm-rrrr.

Miejscowość dd-mm-rrrr -----
Podpis ubezpieczającego

WYPEŁNIA PZU SA/PZU ŻYCIE SA

IX. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA

| | | |
|-----------------------------|------------------|------------|
| Rodzaj dokumentu tożsamości | Rodzaj dokumentu | _____ |
| DO - dowód osobisty | Seria i numer | _____ |
| PA - paszport | Wydany dnia | dd-mm-rrrr |
| DT - dowód tymczasowy | Wydany przez | _____ |
| KS - karta stałego pobytu | | _____ |
| KC - karta czasowego pobytu | | _____ |

Sprawdzono pod względem formalnym (potwierdzenie danych z dokumentu tożsamości).

Pieczątką i podpis pracownika PZU Życie SA lub PZU SA

dd-mm-rrrr dd-mm-rrrr

Pieczątką i podpis upoważnionego pracownika PZU SA -----
Pieczątką i podpis upoważnionego pracownika PZU Życie SA