



(Pieczęć wpływu jednostki PZU SA
przyjmującej zgłoszenie)

(Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA
przyjmującej zgłoszenie)

(Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA
obsługującej ubezpieczenie)

ZGŁOSZENIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE¹

I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia _____

Umowa nr _____

II. DANE O UBEZPIECZENIACH ZWIĄZANYCH ZE ZGŁOSZONYM ZDARZENIEM

Czy w związku ze zgłaszanym zdarzeniem ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem z tytułu innych ubezpieczeń w PZU SA lub PZU Życie SA, jeżeli tak, proszę podać numer umowy i nazwę jednostki? TAK NIE

PZU SA Nazwa jednostki _____

Nazwa ubezpieczenia _____ Umowa nr _____

PZU ŻYCIE SA Nazwa jednostki _____

Nazwa ubezpieczenia _____ Umowa nr _____

Czy wypadek został już zgłoszony, jeśli tak proszę podać nazwę jednostki PZU SA lub PZU Życie SA? TAK NIE

III. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____ Miejsce urodzenia _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kraj Polska Inny _____ Telefon kontaktowy _____

E-mail _____ Kraj stałego zamieszkania _____

IV. DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Prosimy wypełnić tylko w przypadku, gdy zgłaszający nie jest ubezpieczonym

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____ Miejsce urodzenia _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kraj Polska Inny _____ Telefon kontaktowy _____

E-mail _____ Kraj stałego zamieszkania _____

¹ Zgłaszającym roszczenie może być: ubezpieczony, pełnomocnik ubezpieczonego, przedstawiciel ustawowy ubezpieczonego, cesjonariusz, prawny spadkobierca ubezpieczonego.

V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia _____ godz. _____

Miejsce _____

Przedmiot wniosku:

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany

- nieszczęśliwym wypadkiem (w życiu codziennym, w pracy, komunikacyjnym, innym...)
 zawałem serca/krwotokiem śródmózgowym

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

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/PZU SA
Nr sprawy

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 leczył 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 _____
 NIE

Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?

- TAK NIE

Czy ubezpieczony jest praworęczny?

- TAK NIE

VI. DOKUMENTY ZŁOŻONE W CELU ROZPATRZENIA ROSZCZENIA (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

1. wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia roszczenia,
 2. wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz „dyspozycja wypłaty”,
 3. wypełniony i podpisany przez ubezpieczającego formularz „potwierdzenie zgłoszenia roszczenia przez ubezpieczającego” (dot. ubezpieczeń grupowych),
 4. deklaracja przystąpienia PZU Życie SA/polisa ubezpieczeniowa PZU Życie SA,
 5. polisa ubezpieczeniowa PZU SA,
 6. dokument tożsamości – do wglądu,
 7. _____ dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu,
 8. dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, książeczka zdrowia, historia choroby z przychodni itp.),
 9. dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 10. pełnomocnictwo do reprezentowania ubezpieczonego (jeśli ubezpieczony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
 11. inne (proszę wymienić jakie) _____
- PZU Życie SA/PZU SA zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

VII. OŚWIADCZENIA ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
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 wykonanie umowy ubezpieczenia.
3. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana o możliwości wnoszenia w formie pisemnej skarg i zażaleń do każdej jednostki PZU Życie SA w sposób umożliwiający identyfikację osoby wnoszącej i przedmiotu skargi lub zażalenia. 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.
4. 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 szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia. Zgodnie z art.6 Kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.

Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/odpowiedziałam zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

(miejscowość)

(data)

(czytelny podpis **zgłaszającego roszczenie**)

5. 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.
6. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem 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.
7. 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.

(miejscowość)

(data)

(czytelny podpis **ubezpieczonego**)

8. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

(miejscowość)

(data)

(czytelny podpis **ubezpieczonego**)