

Okoliczności wypadku (jeśli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie prosimy także podać nazwę i adres policji lub prokuratury):

Przebieg choroby (krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia):

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej? (prosimy wpisać w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem)

Placówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę medyczną po wypadku lub podczas leczenia choroby (prosimy podać nazwę, adres, nazwisko lekarza):

Pobyt na przepustkach (jeżeli ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu korzystał z przepustek prosimy wpisać okresy wszystkich przepustek):

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
2. karta informacyjna leczenia szpitalnego lub dokument potwierdzający pobyt w szpitalu.
3. karta informacyjna z placówki medycznej.
4. dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby/pobyt w szpitalu/poważne uszkodzenie ciała/trwałe inwalidztwo/złamanie kości/przeprowadzenie operacji chirurgicznej – w zależności od zdarzenia.
5. dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku.
6. dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia.
7. karta wypisowa z oddziału intensywnej terapii - w przypadku pobytu na oddziale intensywnej terapii.
8. orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy – dotyczy zgłoszenia niezdolności do pracy.
9. zwolnienie lekarskie albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym.
10. dokument ubezpieczenia (np. polisa, deklaracje).
11. pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie).
12. Dokument tożsamości - do wglądu.

inne _____

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

VII. OŚWIADCZENIE 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 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 wykonywanie umowy ubezpieczenia.
3. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia.
4. 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.

Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

(miejscowość)

(data)

(czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)