



## ZGŁOSZENIE ZGONU

Wszelkie informacje dotyczące poprawności wypełnienia druku zamieszczone są w wytycznych dostępnych w Punktach Obsługi Klienta lub na naszych stronach internetowych.

### WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

#### I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
Umowa nr \_\_\_\_\_ Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) \_\_\_\_\_

#### II. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO/OSZCZĘDZAJĄCEGO

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj  Polska  inny \_\_\_\_\_ Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### III. DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
Nazwa<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
REGON<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Prosimy wpisać, jeśli uprawniony jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj  Polska  inny \_\_\_\_\_ Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### IV. PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA

śmierć ubezpieczonego

śmierć współubezpieczonego

rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

małżonka

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

dziecka

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

śmierć uposażonego dziecka

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

#### WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Rodzaj

Nr sprawy

#### V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zgonu \_\_\_\_\_ Miejsce zgonu (np. nazwa szpitala) \_\_\_\_\_

Przyczyna zgonu:

Wypadek  komunikacyjny  lotniczy  w wyniku uprawiania sportów  w pracy  inny \_\_\_\_\_

Data wypadku \_\_\_\_\_ Godzina wypadku \_\_\_\_:\_\_\_\_ Miejsce wypadku \_\_\_\_\_

choroba (prosimy wpisać jaka) \_\_\_\_\_  inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia) \_\_\_\_\_

Jeżeli zgon został spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie dokładnie i wyczerpująco okoliczności wypadku. Jeżeli przyczyną zgonu była choroba prosimy o opis przebiegu choroby.

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

Jeżeli przyczyną zgonu jest choroba prosimy opisać przebieg choroby (krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia):

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej? (prosimy wpisać w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem):

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

**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.  odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego/współubezpieczonego/uposażonego dziecka - w zależności od zdarzenia.
  3.  karta zgonu.
  4.  dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci.
  5.  odpis skrócony aktu małżeństwa – dotyczy zgonu współubezpieczonego.
  6.  dokumenty potwierdzające stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym albo współubezpieczonym (akt urodzenia, akt zgonu, akt małżeństwa).
  7.  dokument ubezpieczenia (np. polisa, deklaracje).
  8.  pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie).
  9. Dokument tożsamości - do wglądu.
- inne \_\_\_\_\_

**W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:**

1.  dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą - do wglądu,
2.  dokument warunkujący dopuszczenie pojazdu do ruchu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą - do wglądu,
3.  wynik badania na obecność alkoholu,
4.  dokumenty potwierdzające okoliczności zdarzenia (z prokuratury, policji, sądu).

**W przypadku śmierci spowodowanej wypadkiem przy pracy dodatkowo:**

1. Dokumentacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzająca zaistnienie wypadku przy pracy.
- 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. 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)