



(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 ROSZCZENIE <sup>1</sup>

### I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia GRUPOWE UB NA ŻYCIE TYP P  
Umowa nr 700543210

### 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 KOWALSKI Imię JAN  
PESEL 68070144177 Data urodzenia 01-07-1968 Miejsce urodzenia KATOWICE  
Kod pocztowy 40-953 Poczta KATOWICE Ulica MICKIEWICZA Nr domu 10 Nr lokalu 1  
Miejscowość KATOWICE Kraj  Polska  Inny \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy 0-32 208-50-50  
E-mail j.kowalski@poczta.pl Kraj stałego zamieszkania POLSKA

### 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 \_\_\_\_\_

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

V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia 01.06.2008 godz. 08.30

Miejsce KATOWICE, UL. MICKIEWICZA 55

Przedmiot wnioskowania:

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

W DRODZE DO PRACY, IDĄC UL. MICKIEWICZA, POTKNAŁEM SIĘ NA NIERÓWNOŚCI  
CHODNIKA I PRZEWRÓCIŁEM SIĘ. DOZNAŁEM URAZU PRAWEGO KOLANA  
(STUKNIĘCIE ORAZ SKRĘCENIE)

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?

TEGO SAMEGO DNIA ZGŁOSIŁEM SIĘ DO SZPITALA PRZY UL. BATOREGO -  
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY SOR W KATOWICACH

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

- 1) SZPITAL PRZY UL. LINDLEYA 5 W KATOWICACH
- 2) PRZYCHODNIA REJONOWA PRZY UL. SOSNKOWSKIEGO 10 W KATOWICACH

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.

KATOWICE

(miejscowość)

01.10.2008

(data)

Jan Kowalski

(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.

KATOWICE

(miejscowość)

01.10.2008

(data)

Jan Kowalski

(czytelny podpis ubezpieczonego)

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

KATOWICE

(miejscowość)

01.10.2008

(data)

Jan Kowalski

(czytelny podpis ubezpieczonego)