



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):

**Przyjmowałam leki przez okres 2 lat, które okazały się nieskuteczne. Po tym okresie podjęto decyzję o operacji.**

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):

**Lekarz MARIA KONOPKA, Przychodnia Nr 13 w Warszawie, ul. Zdrowotna 13.**

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/załamanie 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 pobieraniem 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.

Jan Kowalski

WARSZAWA  
(miejscowość)

2021.06.02.20.08  
(data)

(czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)



## DYSPOZYCJA WYPŁATY

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 DOTYCZĄCE ZGŁOSZENIA

Nazwa ubezpieczenia NA ŻYCIE TYP P

Umowa nr 7654321

Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) \_\_\_\_\_

Nazwisko ubezpieczonego/oszczędzającego KOWALSKI

Imię ubezpieczonego/oszczędzającego JAN

#### Zgłoszenie zdarzenia:

- urodzenie dziecka  
 zgon ubezpieczonego/oszczędzającego/uposażonego dziecka

Zgon współubezpieczonego

- małżonka  
 rodzica  
 dziecka

- zdarzenie medyczne  
 wykup/wypłata (zdarzenie kapitałowo-inwestycyjne)  
 zakończenie okresu ubezpieczenia  
 zwrot (dotyczy IKE PZU Życie SA lub PPE)  
 premia za ukończenie szkoły średniej  
 inne (prosimy wpisać rodzaj zdarzenia)

#### WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Nr sprawy

#### II. DYSPOZYCJA WYPŁATY (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia w sekcji A poniżej)

W ubezpieczeniu IKE PZU Życie:

- W sekcji **A** prosimy wpisać dyspozycję wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oszczędzającego.
- W sekcji **B1** lub **B2** (w dalszej części druku) prosimy wpisać dyspozycję wypłaty wartości rachunku IKE lub wartości rachunku dodatkowego, jeżeli sposób wypłaty jest inny niż wskazany w sekcji **A**.

W ubezpieczeniu PPE:

- Jeżeli wypłata wartości rachunku udziałów zostanie dokonana w formie **jednorazowej** prosimy wskazać dyspozycję wypłaty w sekcji **A**.
- W sekcji **C** (w dalszej części druku) prosimy wskazać dyspozycję wypłaty w przypadku wnioskowania o **wypłaty ratalne** wartości rachunku udziałów.

#### A. Sposób wypłaty świadczenia

Prosimy wypełnić w przypadku przekazania całości świadczenia na inne ubezpieczenie<sup>1</sup>

W całości na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>2</sup> (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_

na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

Prosimy wypełnić w przypadku przekazania części świadczenia na inne ubezpieczenie<sup>1</sup>

W części  w kwocie \_\_\_\_\_ zł<sup>2</sup>  w procencie świadczenia \_\_\_\_\_ % na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_

na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

Pozostałą część świadczenia  na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres korespondencyjny<sup>3</sup>

inne \_\_\_\_\_

Prosimy wypełnić w przypadku wypłaty świadczenia

w całości na rachunek bankowy 9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6 5 4 3 2 1 5

w części w kwocie \_\_\_\_\_ zł na rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

a pozostałą część na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres korespondencyjny<sup>3</sup>

inne \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy. W tym przypadku PZU Życie SA zwraca wnioskującemu kwotę wpłaconą na poczet składki w pełnej wysokości.

<sup>2</sup> Zadeklarowana wysokość kwoty na poczet składki nie może być niższa od wysokości minimalnej, określonej przez PZU Życie SA.

<sup>3</sup> Prosimy wpisać adres przekazu pocztowego, jeśli jest inny niż adres korespondencyjny wskazany w formularzu zgłoszenia zdarzenia.

**B. Sposób wypłaty zobowiązania (dotyczy IKE PZU Życie w przypadku zgłoszenia śmierci oszczędzającego)**

Jeżeli w sekcji **B1** lub **B2** nie zostanie wskazany sposób wypłaty to zobowiązania zostaną przekazane zgodnie ze wskazaniem w sekcji **A**.

**B1. Wypłata z rachunku IKE**

- w formie wypłaty transferowej (w celu wypłaty transferowej prosimy wypełnić druk ZGŁOSZENIE ZDARZENIA KAPITAŁOWO-INWESTYCYJNEGO)
- w całości na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_
- w kwocie \_\_\_\_\_ zł na rachunek bankowy \_\_\_\_\_
- inne \_\_\_\_\_

**B2. Wypłata z rachunku dodatkowego**

- w całości na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_
- w kwocie \_\_\_\_\_ zł na rachunek bankowy \_\_\_\_\_
- inne \_\_\_\_\_

**C. Sposób wypłaty świadczenia (dotyczy PPE w przypadku wypłaty wartości rachunku udziałów w formie ratalnej)**

**Forma wypłaty wartości rachunku udziałów w ratach (liczba rat ustalona w umowie ubezpieczenia)**

- na rachunek bankowy \_\_\_\_\_
- inne \_\_\_\_\_

WARSZAWA  
(miejscowość)

2 0 6 0 2 2 0 0 8  
(data)

Jan Kowalski

(czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)

**WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA**

**III. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA PRZEZ PZU ŻYCIE SA**

Rodzaj dokumentu tożsamości:

DO - dowód osobisty

PA - paszport

KP - karta pobytu

PJ - prawo jazdy (emisja od 01.07.1999 r.)

Rodzaj dokumentu \_\_\_\_\_

Seria i numer \_\_\_\_\_

Wydany dnia \_\_\_\_\_

Wydany przez \_\_\_\_\_

NIK \_\_\_\_\_

NEPU \_\_\_\_\_

osoby przyjmującej dyspozycję.

(pieczęć imienna i podpis osoby  
upoważnionej przez PZU Życie SA)